

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y  
SOCIOLOGÍA**

**Departamento de Sociología IV (Métodos de la  
Investigación y Teoría de la Comunicación)**



**GENEALOGÍA DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN  
VENEZUELA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**Mario José González Gutiérrez**

Bajo la dirección del doctor  
Fernando Álvarez-Uría Rico

**Madrid, 2012**

# GENEALOGÍA DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN VENEZUELA





# GENEALOGÍA DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN VENEZUELA

**Mario José González Gutiérrez**



*“No sé cuántas cosas dijo el abogado acusador, pero yo había asistido a Polanco muchos meses antes del trágico suceso y había encontrado siempre la serie de Interpretaciones y Alucinaciones características de los estados paranoicos. Al principio, solamente alucinaciones auditivas, reveladoras de enemigos, simplemente (perseguido); después alucinaciones imperativas de reivindicación (perseguidor) con matices de comunismo, y había llegado a la conclusión de Psicosis tipo Paranoia o Delirio Perseguido-perseguidor, el más peligroso de los enajenados”.*

Diagnóstico de José Polanco, asesino del Doctor Olavarría Matos,  
realizado por el Dr. J. F. Torrealba en 1935.





## ***AGRADECIMIENTOS***

Realizar una tesis doctoral es, sin lugar a dudas, una difícil empresa que escapa de la posibilidad de creación individual. Por ello se hacen propicias estas pocas líneas para tratar de agradecer enormemente la colaboración prestada por diversas personas sin las cuales esta tarea hubiese sido casi imposible.

En primer lugar, quiero mencionar de manera muy especial a mi tutor, Dr. Fernando Álvarez-Uría, y a su compañera Julia Varela. Reconozco que cuando empecé este Doctorado mis preocupaciones científicas y académicas eran otras, pero con el transcurrir del tiempo y el intercambio que se dio al compartir un Seminario y un Trabajo de Investigación, este era sin duda el nuevo final. A pesar de no ser muy placentera mi estancia en España por diversos motivos, uno de los pocos alicientes y estímulos para continuar mi tarea lo fue sin duda alguna el apoyo irrestricto dado por el Dr. Álvarez-Uría y su compañera, la Dra. Julia, profesionales de una alta talla intelectual pero, por encima de todo, una calidad humana y un don de gente inigualables. Por siempre agradecido.

En segundo lugar, y no menos importante por ello, debo agradecer desde lo más profundo de mí ser la compañía y el apoyo dado por mi amada esposa Josefina durante todo nuestro compartir. Muchas fueron las veces de interminables discusiones, inclusive hasta altas horas de la noche, cuando se enfrentaban dos visiones: la de ella como Odontóloga y la mía como Sociólogo. Desde que la conocí significó un gran cambio en mí y me ha concedido (y lo seguirá haciendo sin dudas) toda la felicidad que la vida hasta ese momento me había negado. A Isilene, Mario Alberto, María José y Mario Alejandro, mis grandes afectos, les pido disculpas por no haber podido estar allí cuando me necesitaban durante este período de tiempo. A

Ailyn y a Guido, esperando superar todas las pasadas diferencias y compartir juntos las muchas nuevas y pocas malas por venir. A mi querida madre María Lastenia, quien recoge los frutos sembrados.

En tercer lugar, debo señalar a algunos representantes de este saber psiquiátrico y de otras profesiones sin las cuales no se hubiese podido alcanzar estos resultados: a la Dra. Mónica Mosquera, contacto inicial en el Hospital Psiquiátrico, con la cual se discutieron e intercambiaron informaciones con respecto a su disciplina así como del devenir histórico y actualidad del hospital en el cual labora; al Dr. Eligio Nucette, con el cual se conversaron aspectos muy variados con respecto al orden psiquiátrico, siendo sin lugar a dudas referencia obligada al tratar este tema desde cualquier perspectiva; al Dr. Andrés Molina, al Dr. José D. González y al Dr. Hugo Ocando, quienes orientaron y aclararon dudas referidas al surgimiento y consolidación del Psicoanálisis en América Latina y Venezuela al ser protagonistas activos de este proceso; al Dr. Celso González, Coordinador del Programa de Salud Mental del Ministerio del Poder Popular para la Salud, sin el cual no hubiese sido posible acceder a la información oficial en un momento histórico bastante conflictivo; a la Lic. María Isabel Bustos, por su incondicional apoyo y constante preocupación en el compartir y discusión acerca de *lo vivido*; y un sinnúmero de personas que compartieron conmigo esta ardua tarea. Mención especial debo hacer de Rose, quien tuvo el valor y el entusiasmo necesario para contarme su relato y presentarme la otra cara de la moneda.

Muchas gracias a todos.

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCCIÓN.- EL MODELO GENEALÓGICO COMO HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE LO SOCIAL. ....</b>	<b>1</b>
 <b><i>1ª PARTE</i></b>	
<b>CAPÍTULO 1.- GENEALOGÍA DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN VENEZUELA. ....</b>	<b>15</b>
<b>MAGIA, RELIGIÓN Y LOCURA (DIVINIZACIÓN DE LA LOCURA) .....</b>	<b>15</b>
Los Dioses y el Shaman .....	15
El Santo Oficio y el Protomedicato de Caracas .....	19
<b>RAZÓN Y LOCURA. (SECULARIZACIÓN DE LA LOCURA) ..</b>	<b>27</b>
La locura en el marco independentista.....	27
La ley como primer acercamiento a la locura .....	33
La naciente institución alienista y la instauración del saber médico ..	40
El dominio psiquiátrico.....	52
<b>CAPÍTULO 2.- HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN ASILAR: EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARACAIBO. ....</b>	<b>65</b>
El internamiento como fenómeno europeo .....	65
El nuevo orden asilar en Venezuela .....	79
El manicomio de Santa Lucía .....	85
<b>CAPÍTULO 3.- LOS SABERES CONCURRENTES: EL PSICOANÁLISIS EN VENEZUELA. ....</b>	<b>97</b>
Los pequeños casos mentales y Freud .....	97
La migración europea y su impacto en el Psicoanálisis Latinoamericano .....	101
La aparición tardía del Psicoanálisis en Venezuela y la posterior influencia de Lacan .....	115
<b>CAPÍTULO 4.- PROPUESTAS TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS: PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y/O FAMILIAR. ....</b>	<b>129</b>
La era del cuestionamiento y la Antipsiquiatría.....	129

<i>Cocosal</i> y la Comunidad Terapeutica .....	138
<i>Catesfam</i> y la Coesquizofrenia .....	147
<i>Cocosal</i> y <i>Catesfam</i> como aggiornamento .....	162

## **CAPÍTULO 5.- ESTADO ACTUAL Y TENDENCIAS**

### **DEL ORDEN PSIQUÁTRICO EN VENEZUELA. .... 165**

El diseño empresarial de la locura: Medicalización de la vida cotidiana y Colectivización del trastorno .....	165
La Declaración de Caracas y el psiquiatra venezolano del siglo XXI ..	185
La locura de la Venezuela actual en cifras y la visión revolucionaria...	194

## **2a PARTE**

### **CAPÍTULO 1- CONVERSANDO CON ROSE ..... 223**

Rose y su otredad .....	223
Primera sesión de entrevista. Enfermedad .....	224
Segunda sesión de entrevista. Médicos.....	246
Tercera sesión de entrevista. Hospital Psiquiátrico.....	259
Cuarta sesión de entrevista. Tratamientos.....	274
Quinta sesión de entrevista. Valoración de sí misma. ....	292
Sexta sesión de entrevista. Valoración de la Percepción Familiar. ....	312

## **CAPÍTULO 2.- EL SABER SOMETIDO DE LA LOCURA:**

### **RELATO DE VIDA DE ROSE. .... 321**

El discurso y el poder.....	321
La revalorización del sujeto .....	324

### **PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN..... 332**

### **ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA..... 333**

Observaciones generales .....	333
Rose y su enfermedad .....	334
Rose y su relación con los médicos .....	344
Rose y su estadía en el hospital psiquiátrico.....	350
Rose y sus tratamientos.....	357
Rose y su propia valoración.....	365
Rose y la percepción familiar .....	367

### **CONCLUSIONES. .... 376**

### **BIBLIOGRAFÍA. .... 398**

### **ANEXOS ..... 407**

## INTRODUCCIÓN.- EL MODELO GENEALÓGICO COMO HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE LO SOCIAL

El presente trabajo constituye el documento final de evaluación del Doctorado en “Metodología de la Investigación en Sociología, Comunicación y Cultura” de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, inscrita en la línea de investigación *Procesos de Desviación y Marginación Social*, que actualmente curso en el marco de la Beca-Sueldo en mi condición de Profesor Titular de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad del Zulia.

Esta investigación es la conclusión de un proceso de formación académica y científica que se inició con uno de los Seminarios cursados en el Período de Suficiencia Académica de dicho Doctorado denominado “Genealogía y Sociología: Modelos Sociológicos de análisis de la cuestión social” impartido por el doctor Fernando Álvarez-Uría Rico y el trabajo de investigación presentado para aprobar el Período de Suficiencia Investigativa denominado “Análisis Genealógico de la Locura en Europa y Estados Unidos: de Foucault a Goffman” fungiendo como tutor el doctor Álvarez-Uría. Esta propuesta de investigación inicial tenía como finalidad el estudio de la locura desde una perspectiva genealógica.

Manteniendo las coordenadas genealógicas del análisis y el mismo objeto de estudio se decidió trabajar sobre la conformación y constitución del orden psiquiátrico en Venezuela. En este sentido, el presente documento intenta **explicar, en el caso de Venezuela, cuál ha sido la especificidad que ha asumido el tratamiento de la locura como expresión contextualizada en el ejercicio de las relaciones de poder, como racionalización de la gestión de los individuos, desde sus primeras manifestaciones en las comunidades indígenas hasta nuestros días.**

Para alcanzar tal objetivo se hizo necesario inicialmente precisar, en alguna medida, los presupuestos epistemológicos y metodológicos sobre los que se fundamenta la utilización de este modelo de análisis. No se pretende hacer una revisión exhaustiva ya que no se constituye en el objetivo de investigación, sino en el de suministrar los lineamientos básicos que hacen posible la comprensión de su propuesta. Si bien es cierto que existen trabajos de gran importancia y sumamente valiosos desde esta perspectiva, como por ejemplo los de Foucault, Elías, Castel, Álvarez-Uría, etc., lo que interesa es destacar su pertinencia en función de la explicación genealógica de la locura en la realidad venezolana.

Con base en lo anterior, la primera preocupación se constituye en precisar o delimitar el campo de actuación de lo que se ha denominado **Orden Psiquiátrico**. **Por Orden Psiquiátrico se debe entender el conjunto de saberes, instituciones y prácticas sociales de coacción y coerción social que se fundamentan sobre la calificación de la locura como enfermedad mental a fin de gestionar socialmente este tipo de las *anomalías* en procura de mantener el orden establecido. No se trata de replantear la discusión sobre la condición orgánica o no de la locura en tanto enfermedad mental, sino de toda la construcción social que sobre esta concepción se cimienta y que se traduce en la constitución muy particular de un conjunto de dispositivos y/o aparatos de control y castigo de los alienados y de su entorno social.**

Para comprender tal especificidad se utilizará el modelo de análisis genealógico. En primer lugar, se debe entender lo que queremos referir por Genealogía. Foucault afirmaba en 1984, año de su muerte, lo siguiente: *“Parte de un problema en los términos en que se plantea actualmente y trata de realizar su genealogía. Genealogía quiere decir que analizo el problema a partir de una situación presente (...) hacer la historia del presente”* (Foucault citado por Castel, 2001, 67). Castel señala que la Genealogía es

*“una manera de hacer sociología e incluso, en mi opinión, la mejor manera de hacerla. Ciertamente, la sociología está relacionada en principio con el presente, intenta entender configuraciones problemáticas actuales. Pero, si el presente no es solo lo contemporáneo, es necesario hacer una historia del presen-*

*te, es decir, reactivar la carga del pasado que está presente en el presente. Es preciso, por tanto, hacer algo así como una genealogía del presente o una problematización histórica de las cuestiones actuales”* (Castel, 2001, 71).

En pocas palabras, la Genealogía plantea un uso determinado de la historia, distinta a la de los historiadores. Álvarez-Uría asevera que es una perspectiva teórica, epistemológica y metodológica para entender las nuevas dimensiones de la vida social. Elías, por su parte, alega, haciendo referencia a una de esas nuevas dimensiones, que *“el modelo genealógico entiende el conocimiento como el significado social de símbolos construidos por los hombres, tales como palabras o figuras dotadas de capacidad para proporcionar a los humanos medios de orientación”* (Elías citado por Valera, 1997, 48).

En segundo lugar, más que el concepto de disciplina o ciencia se deben entender estas formaciones discursivas como constitutivas de *un saber*. En este sentido, Foucault lo define como el

*“conjunto de elementos formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia, aunque no estén necesariamente destinados a darle lugar. Un saber es aquello de lo que se puede hablar en una práctica discursiva que así se encuentra especificada (...). es también el espacio en el que el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos de que trata en su discurso (...) El campo de coordinación y subordinación de los enunciados en que los conceptos aparecen, se definen, se aplican y se transforman (...) en fin, un saber se define por posibilidades de utilización y apropiación ofrecidas por el discurso (...). Existen saberes que son independientes de las ciencias (...) pero no existe saber sin una práctica discursiva definida; y toda práctica discursiva puede definirse por el saber que forma”* (Foucault, 2006, 306-307).

La importancia de incorporar este nivel de análisis en la construcción genealógica de la psiquiatría en cuanto saber y, por ende, del orden psiquiátrico, radica en que todo espacio específico de formaciones discursivas (es decir, todo saber) es expresión de una relación de poder; relación

que se manifiesta de distintas maneras: instituciones, discursos, prácticas, etc. De allí, el hecho de la existencia de saberes poderosos y saberes sometidos. Foucault señala que todo saber debe situar “en cuestión el conocimiento, la forma del conocimiento, la norma ‘sujeto-objeto’; interroga las relaciones entre las estructuras económicas y políticas de nuestra sociedad y el conocimiento (no en sus contenidos verdadero o falso sino en sus funciones de poder-saber)” (Foucault, 2005, 383).

En tercer lugar, el objetivo de esta investigación es analizar el proceso de formación de una categoría de conocimiento científico o formación discursiva como es *la locura* y su denominación más reciente, *la enfermedad mental*. Estos *símbolos humanos* son interdependientes de los cambios sociales y las transformaciones ocurridas en el campo del saber y son de naturaleza histórica, para lo cual se hace necesario recurrir a nuevos conceptos y esquemas no dicotómicos. Elías, por su parte, afirma que el conocimiento debe ser entendido “*como el significado social de símbolos contruidos por los hombres, tales como palabras o figuras dotadas de capacidad para proporcionar a los humanos medios de orientación*” (citado por Valera, 1997, 48).

En cuarto lugar, hablar del proceso de constitución de un saber como la Psiquiatría, es establecer el recorrido histórico que posibilitó su conformación en tanto y en cuanto saber poderoso. Es hacer una historia de los saberes “*que restituya tanto las apuestas sociales y políticas como las intelectuales, una historia que tenga en cuenta los marcos culturales colectivos que sitúa a todos los actores y a todos los textos en el cuadro de los debates de las comunidades ilustradas de su época*” (Mucchielli, 2000, 44). Ese transcurso histórico de construcción de un conjunto de formaciones discursivas sólo puede ser entendido si se aborda a partir de una concepción estructural. Como señala Mucchielli, es una convicción metodológica que parte de considerar “*la puesta en práctica de una historia historizante, es decir, de una historia contextualizadora que no solo tiene en cuenta las dimensiones culturales, sociales y políticas, sino que intenta también articularlas con la producción intelectual*” (Mucchielli, 2000, 41).

En quinto lugar, este enfoque es *procesual* en doble sentido. Por un lado, estudia procesos de cambio social de larga duración con el fin de dar cuenta de sus reglas de constitución, regularidades y mutaciones; por



otro lado, se trata de identificar la lógica interna de funcionamiento, los conceptos y operaciones, así como las relaciones entre discurso y contexto material no discursivo. De allí, la importancia de la periodización. Un problema se presenta en un momento determinado y posteriormente se transforma. Se debe comprender el presente como el resultado de una serie de transformaciones y cambios que se hace necesario identificar. En el caso de la locura, Castel señala que:

*“el dispositivo moderno de la psiquiatría lleva consigo la herencia de prácticas segregativas muy antiguas que no son únicamente restos del pasado. Reproduce una división operada hace mucho tiempo entre locura y razón. La medicina mental se inicia posteriormente, pero en sus formas contemporáneas, ya se presente como comunitaria o sectorizada, continúa encerrando la locura dentro de una concepción positivista de la desviación, es un monólogo de la razón sobre la locura que excluye, también hoy, lo que la experiencia de la locura tiene de irreductible con respecto a la razón”* (Castel, 2001, 69).

En sexto lugar, se pretende a su vez realizar una *historia arqueológica*. *“Lo que la arqueología trata de describir, no es la ciencia en su estructura específica, sino el dominio, muy diferente, del saber”* (Foucault, 2006, 330). Foucault señala en su libro *La arqueología del saber* los postulados que posibilitan esta ruptura con una filosofía de la historia historicista, dominante en el campo de las ciencias sociales, *“que hacía del análisis histórico el discurso de la continuidad, y de la conciencia humana el sujeto originario de todo proceso social, una historia, en fin, conciliadora que concebía el tiempo de forma totalizante y las revoluciones como tomas de conciencia”* (Álvarez-Uría, 1997, 56).

Estos postulados son:

- a.- La idea de que la historia no responde a una ley única de desarrollo, teleológica, sino que cada una de sus instancias es diferenciada, específica, particular.
- b.- La introducción de la noción de cambio, de discontinuidad. Según esto, los periodos como expresión de cambios históricos adquieren singular importancia.

- c.- La noción de una ‘Historia General’ en contraposición a la de ‘Historia Global’. Esto posibilita desplegar un *campo de dispersión* y no articular los fenómenos en torno a un centro único.
- d.- Con base en lo anterior, surge la necesidad de la escogencia de un nuevo corpus de materiales o temáticas, nuevos niveles de análisis y factores que en él intervienen, delimitación de sistemas y subsistemas, relaciones entre estos, etc.; en otras palabras, se plantea la necesidad de reconstituir nuevos objetos y técnicas de estudio.
- e.- Se debe situar históricamente no solo al objeto de estudio, sino también al sujeto que investiga, dando paso a un racionalismo aplicado, desechando un racionalismo ingenuo.

En palabras de Álvarez-Uría (cuya tesis doctoral titulada *Miserables y Locos: Medicina Mental y Orden Social en la España del siglo XIX* representa a mi entender una excelente aplicación de este modelo genealógico) la intención final de este tipo de estudio “*deberá rastrear con la mayor precisión posible las condiciones de constitución de dicho campo, demarcar su radio de acción, sus transformaciones, mostrar cómo se definen sus agentes, los efectos políticos de sus prácticas, las líneas maestras en las que se prefiguran las posibles innovaciones*” (Álvarez-Uría, 1983, 17). En síntesis, la idea central es organizar, a partir de una visión histórica *continuum-discontinuum* (filiaciones), el tratamiento de la locura como expresión contextualizada en el ejercicio de las relaciones de poder; dicho de otra manera, como racionalización de la gestión de los individuos.

La segunda preocupación posterior a la comprensión y las formas de abordaje del Orden Psiquiátrico a partir del modelo genealógico la constituye el análisis de otra dimensión del campo psiquiátrico como lo es el ámbito de los saberes y prácticas de los propios enfermos y su entorno familiar. **En contraposición a este Orden Psiquiátrico, también se ha generado otro mundo de vida que responde más a la especificidad de los que vivencian en carne propia este trastorno, es decir, las voces y existencias de los enfermos que en buena medida son obligados al silencio por el discurso médico y que expresan su otredad.**

Para ello se recurrirá al estudio de un **Relato de Vida** con base en el uso de la entrevista en profundidad más que como técnica de recolección de información y de carácter auxiliar (inaugurada con los trabajos de Thomas y Znaniecki) como propuesta epistemológica autónoma de producción de conocimientos. En dicha entrevista se procederá a identificar las diversas marca-guías que posibilitarán, a partir de un proceso de deconstrucción-reconstrucción, establecer los parámetros de ese saber dominado.

Después de haber establecido los objetivos centrales de esta investigación y los parámetros del modelo analítico a seguir, se procederá a precisar los aspectos metodológicos.

Este trabajo se soporta en dos ejes fundamentales:

- a.- **En lo que respecta al Orden Psiquiátrico:** Una metodología principalmente de carácter documental en la cual se contempló el uso de distintas fuentes secundarias (libros, reglamentos, etc.) complementada con el uso de algunas entrevistas a distintos agentes sociales vinculados a cada uno de los diversos momentos genealógicos.
- b.- **En lo atinente al mundo de vida de los enajenados:** Una metodología cualitativa basada en el análisis del Relato de Vida de una alienada tomando como fuente de información sus propias vivencias a partir de una entrevista en profundidad identificando las marcas-guías pertinentes.

En este sentido, este trabajo se dividirá en dos partes:

La primera consta de cinco capítulos en los cuales se persigue establecer la Genealogía del Saber Psiquiátrico en Venezuela.

En el capítulo 1, la intención primordial es establecer esa visión histórica acerca de la locura en Venezuela, resaltando los momentos en los cuales se establece ese *continuum-discontinuum*. De hecho, se puede considerar la existencia de dos grandes lapsos:

- a.- Un primer período que se definiría de **Divinización de la Locura**. Este momento histórico está conformado por dos niveles: un nivel en el cual, al igual que en otras culturas, la génesis y

posterior tratamiento de la locura se remitían a entidades o deidades sobrenaturales autóctonas, por lo que se ha denominado de **Deificación de la Locura**; y un segundo nivel que emerge como resultado del encuentro de estas comunidades prehispánicas con la civilización europea en donde se impone la concepción de la Iglesia Católica, en la cual la maldad, y la locura como expresión de ella, era atribuida al Diablo, por lo cual se ha designado como de **Cristianización de la Locura** y

- b.- Un segundo período que se catalogaría de **Secularización de la Locura**. Para la conformación de este período se vinculan de una manera muy particular la gesta independentista venezolana encabezada por Simón Bolívar y el proceso de racionalización del conocimiento preconizado por Descartes en Europa así como también el influjo del pensamiento positivista, los cuales se comienzan a sentir en Venezuela. Este momento histórico está constituido por tres niveles: un primer nivel o de **Positivización de la Locura** en el que las referencias iniciales con respecto a la locura nacen desde una perspectiva laica impulsada por el propio Estado, no eclesiástica, influenciada por el influjo del conocimiento positivista y que se expresa en el ámbito jurídico con la promulgación de las primeras leyes y reglamentos para enajenados en los cuales se les coloca bajo la tutela del Estado y de un saber médico generalizado (pero incipiente); un segundo nivel que profundiza esta tendencia en el campo jurídico e incorpora este saber médico generalizado pero más desarrollado como dominante para el manejo y control de las nacientes instituciones creadas por el Estado para atender esta enfermedad según lo cual se ha definido como de **Medicalización de la Locura**; y un tercer nivel categorizado como de **Psiquiatrización de la Locura** en el que, ya superada la falta de ese conocimiento científico más especializado, el saber psiquiátrico se constituye en el saber hegemónico para la comprensión y tratamiento de la locura.

El capítulo 2 tiene como objetivo analizar el desarrollo histórico de la institución asilar en Venezuela desde sus inicios fallidos bajo la tutela de la Iglesia Católica, pasando desde su concepción asilar hasta llegar a

su conformación en cuanto centro de atención médica especializada hasta nuestros días. Para ello se estudia, en primer lugar, bajo qué circunstancias se da el nacimiento de esta entidad en la civilización occidental, concretamente en Europa, para luego en un segundo instante proceder a analizar este mismo proceso fundacional en Venezuela, para posteriormente estudiar su desenvolvimiento histórico, tomando como referencia específica el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Si bien éste no es el primer establecimiento creado a nivel nacional para tal fin, es uno de los pocos que se mantienen en pie desde su fundación como tal en 1904 y recoge en su devenir un comportamiento similar al de las otras instituciones psiquiátricas creadas en el país.

El capítulo 3 apunta al estudio del Psicoanálisis como saber concurrente del orden psiquiátrico. Para ello, se inicia este capítulo con unas consideraciones teóricas de Foucault, Castel y Álvarez-Uría con respecto a los fundamentos estructurales que posibilitaron el nacimiento del Psicoanálisis de la mano de la obra de Sigmund Freud a principios del siglo XX, para luego establecer lo que ellos consideran como una *relación de continuidad* entre la Psiquiatría y la Psicología. Luego de establecer esta vinculación, se procedió a estudiar el surgimiento del Psicoanálisis en América Latina a partir de sus principales exponentes y de la conformación de las primeras Asociaciones Psicoanalíticas, haciendo especial énfasis con respecto al caso venezolano, a pesar de su incorporación reciente y/o tardía en comparación con otros países. Finalmente, este capítulo cierra con una entrevista a un psicoanalista en la cual destaca a su entender cuáles son los escenarios futuros de esta disciplina y su relación con la Psiquiatría.

El capítulo 4 trata acerca de las Propuestas Terapéuticas Alternativas a la institución hospitalaria, las cuales se han fundamentado en la psiquiatría comunitaria y/o familiar. Para ello, se parte del cuestionamiento en distintos niveles que se le hace al saber dominante de la psiquiatría desde la perspectiva de diversos autores y de representantes del Movimiento Antipsiquiátrico o Antiinstitucional con la intención de señalar algunas líneas de intervención que faciliten trastocar las relaciones de poder existentes en el orden psiquiátrico. Con posterioridad, se pasa a destacar cómo la fuerte crisis que sacude al sector salud y en especial al ámbito hospitalario en general y al psiquiátrico en particular (que alcanza su máxima expresión

en los años 1970) se constituye en el componente estructural para plantear la necesidad de estas nuevas alternativas tomando como referencia las propuestas de *Cocosal* y *Catesfam*. Acto seguido, se procede a señalar cuáles son sus fundamentos teórico-prácticos, organizacionales y sus modelos de intervención así como los resultados de la puesta en práctica de estas experiencias. Si bien una de estas propuestas ya no está vigente, se constituyen en los únicos referentes distintos a la hospitalización que existen en el territorio nacional hasta la fecha.

El capítulo 5 se refiere al estado actual y tendencias del orden psiquiátrico en Venezuela. A finales del siglo pasado se gestó una corriente de fuerte crítica al saber psiquiátrico tanto en su fundamentación teórica como en sus métodos de diagnóstico y tratamiento que llevó a un movimiento de contrarreforma psiquiátrica en contra del rol hegemónico de la institución asilar y el cuestionamiento de las relaciones de poder que se fundamentan sobre el saber médico y que aunado al papel desempeñado por las Big Pharma han conducido a un **proceso de colectivización del trastorno y de medicalización de la vida cotidiana**. Venezuela no escapó a la influencias de esta ideología reafirmando esta concepción como dominante.

En este sentido, las principales temáticas de estudios y perspectivas del saber psiquiátrico dominante en los actuales momentos en Venezuela se pueden evidenciar en varios trabajos científicos entre los cuales destaca la propuesta de la Dra. Lilian Meléndez así como también las discusiones planteadas en noviembre de 2008 con motivo de las XIX Jornadas Nacionales de Psiquiatría bajo el tema central de “*La Salud Mental en Tiempo de Crisis*”. Como complemento a estas orientaciones provenientes de la sociedad científica y académica, se plantean a su vez las propuestas realizadas desde el sector oficial o gubernamental tomando como referencia los lineamientos pautados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud a través del Programa de Salud Mental.

Frente a la primacía del discurso médico-psiquiátrico sobre la locura que se ha erigido como saber hegemónico desconociendo la posibilidad de multiplicidad de perspectivas o conocimientos sobre la naturaleza de este tema, surge otro tipo de saber dominado que viene a estar representada por las vivencias de aquellas personas que sufren este padecimiento. La

segunda parte del trabajo apunta a la especificidad de esa otredad representada en el mundo-de-vida de los alienados. En este caso, la enferma es Rose. El capítulo 1 presenta una versión editada de su relato de vida. Para ello se realizó una entrevista en profundidad en seis sesiones en la cual se presentan desde su propia vivencia algunos de los aspectos más relevantes para el estudio, en base a la consideración del investigador, tales como las causas de su enfermedad y como se manifiesta, su relación con los médicos tratantes, los tipos y efectividad de los tratamientos a los que ha sido sometida, la valoración de su estadía en el hospital psiquiátrico, la valoración de sí misma y la valoración de la percepción familiar.

El Capítulo 2 tiene como fin primordial conocer cómo se conforman las principales coordenadas del campo psiquiátrico en Venezuela desde esa perspectiva, la de aquellos que han sufrido y enfrentado los rigores y estigmas de esta enfermedad. Para abordar esa otredad se hace necesario realizar unas precisiones en torno a la metodología a implementar destacando aspectos como las relaciones entre el discurso y el poder desde la perspectiva foucaultiana, la revalorización del sujeto, etc. Luego de realizadas las sesiones de entrevistas y procesadas manualmente, se procedió al análisis e interpretación de la información para detectar esas marcas-guías y reconstruir sus significantes según un proceso de triangulación con otros profesionales para llegar a identificar cuáles son esas coordenadas del orden psiquiátrico venezolano desde la perspectiva de los saberes dominados.

Acto seguido se presentan las conclusiones, las cuales hacen una recapitulación de las ideas más resaltantes de todos y cada uno de los capítulos antes señalados y se complementa con el señalamiento de algunos lineamientos generales. Aspectos tales como la problematización conceptual del objeto de estudio de las ciencias psiquiátricas (las denominadas enfermedades mentales), la dimensión terapéutica de la locura, la actuación de los técnicos del saber práctico, las propuestas terapéuticas de la psiquiatría familiar y/o social, el papel de los psicofármacos, la actuación de las Big Pharma o grandes empresas transnacionales son algunas de las temáticas que se hace necesario replantear a fin de sacar el tratamiento de la locura de la envoltura hegemónica en la que se encuentra sometida en la que solo se privilegian los intereses del capital y no del ser humano.





# I PARTE



## **CAPÍTULO 1.- GENEALOGÍA DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN VENEZUELA**

Construir la Genealogía del orden psiquiátrico en Venezuela constituye sin lugar a dudas una tarea originaria. De hecho, se conocen muy pocos trabajos de investigación histórica acerca del tema de la locura, y además desde otras perspectivas.

Por ello, luego de haber realizado en la parte introductoria algunas precisiones de carácter teórico-metodológico acerca del modelo genealógico y que se constituyen en las líneas orientadoras durante todo el proceso de investigación, el presente capítulo persigue establecer la caracterización del saber psiquiátrico en Venezuela.

En este sentido, se procederá a delimitar cada una de las etapas que a nuestro entender constituyen la *historia historizante* (no historicista) del saber psiquiátrico en Venezuela desde sus inicios en las comunidades indígenas hasta nuestros días.

### **MAGIA, RELIGIÓN Y LOCURA (DIVINIZACIÓN DE LA LOCURA)**

#### **Los Dioses y el Shaman**

En la era precolombina, los aborígenes venezolanos no distaban mucho del resto de otros pueblos prehistóricos en lo que respecta a la comprensión y explicación del mundo que los rodeaba. Apartando las especificidades propias del desarrollo histórico de cada uno de esos grupos humanos, muchas eran las preguntas e inquietudes acerca de distintos aspectos de su cotidianidad a las cuales no les podían dar respuesta. Estas sociedades, clasificadas por Durkheim como sociedades de solidaridad mecánica, presentaban una conciencia colectiva caracterizada por la espiritualización de toda la naturaleza, es decir, en la cual se apelaba al argumento de la

existencia de entidades sobrenaturales o divinas como razón última de su explicación. Asuntos como el origen del mundo, del trueno, de la luz, de la naturaleza, etc., eran imputados generalmente a entes sobrenaturales, animales, o en última instancia a seres humanos con rasgos exagerados o con poderes sobrenaturales. Ya en Mesopotamia alrededor de 2000 a.C., se le confería a Imdugud la responsabilidad sobre el origen de las influencias malignas y a Ishtar como la encargada de su cura a través de la brujería. Por su parte, los persas y los hindúes consideraban a los dioses Ahriman y Siva (respectivamente) como responsables de las conductas extravagantes y a las entidades de Ormuzd y Vishnu como los únicos salvadores posibles.

Amalivaca, Tamoryayo, Guaygerri, Kuwai y Maleiwa<sup>1</sup> son algunos de los nombres de las deidades de los distintos grupos étnicos venezolanos existentes antes de la llegada de los españoles a los cuales se les concedió el título de Dioses creadores del mundo y de los hombres. A su vez, también poseían divinidades a las cuales se les hacía responsables tanto de sus fortunas como de sus distintos males. Una buena o mala cosecha era obra de Ches u Osemma, quienes fungían como los señores de los cultivos. Uno de los principales infortunios eran las enfermedades y la muerte. Arco, Odo'sha, Pulowi y Kuai-mare eran los garantes de la vida y de la muerte, creadores y destructores, que enfermaban y curaban. González afirma que, manteniendo sus diferencias culturales, la característica más resaltante en *“las concepciones patogénicas de los precolombinos es su general encuadramiento en la común característica religiosa de sus culturas..., la enfermedad era entendida como algo impuesto desde afuera, por una fuerza superior, ... sobrenatural. Deidades malignas, espíritus diabólicos o hechiceros enemigos vendrían a ser las causas reales y verdaderas de las alteraciones de la salud”* (González, 1998, 222).

Para enfrentar el problema de las enfermedades estos grupos humanos establecían una diferenciación entre aquellas que consideraban afecciones propias de la carne y las que eran relativas a la parte espiritual. En el primer tipo de padecimientos, su tratamiento era del dominio de toda la colectividad, por lo cual, cualquier miembro de su familia o de la tribu

1 Para la comunidad aborígen guajira, la cual es la más numerosa de Venezuela y que comparte frontera con Colombia, el dios protector se llama Sellus y a la locura se la denomina *mamaina*.

podría aplicarlo. En el segundo caso, privaba la consideración de que el enfermo de la mente era un “*poseído del demonio o de espíritus perversos*” por lo cual la única forma de enfrentarlo era a través de la acción de los *shamanes* o médicos hechiceros, personas que, dotadas de cualidades especiales, eran capaces de desafiar y expulsar esas fuerzas misteriosas. Esta consideración les asignaba a estos piaches una posición de privilegio al interior del grupo social al realizar una *práctica especializada* que no solamente identificaba a los demonios sino que también poseía los atributos para vencerlos.

Para alcanzar ese grado de competencia era necesario someterse a un largo y penoso proceso de conversión. Confinarse en lugares solitarios e inhóspitos, poca alimentación y descanso, etc., eran parte del modo de vida que tenían que consumir para poder entrar en contacto con los entes sobrenaturales. Como lo señala Álvarez: “*enflaquecidos y debilitados por este género de vida llegaban a alcanzar una peculiar disposición psíquica, propicia al estrechamiento de la conciencia, al onirismo y la eclosión de las pseudo-percepciones, que les permitía sumergirse en el mundo irreal apetecido y entrar en conexión con los presuntos entes maléficos*” (Álvarez, 2005, 34). Otra de las formas a través de las cuales se les asignaba la competencia de shamán a ciertos miembros de la colectividad era a partir de la identificación de ciertas actitudes o capacidades que, en términos de ese grupo social, podían evidenciar su conexión con entidades sobrenaturales, tales como hablar o caminar dormido, desmayos frecuentes, sueños, etc. Tales manifestaciones tenían que ser avaladas por otro shamán que a posteriori se encargaría de su formación como tal.

Luego de haber alcanzado este nivel, el shamán podía desarrollar su *actividad profesional*. Ante un enfermo, recurría al uso del alcohol o de distintos alucinógenos que igualmente le suministraba al paciente para facilitar la confrontación con esas entidades astrales y de esta manera obtener su diagnóstico y proceder a su expulsión. Álvarez reseña algunos de estos métodos, que se consideraban la parte inicial de la terapéutica:

*“Procuraban entonces atemorizar y ahuyentar las malévolas entidades con extraordinarias danzas ceremoniales al son de espantados gritos, golpes de tambor y ruido de maracas y so-*

*najas (...) intentaban extraer el quid maligno como si fuese un extraño material, empleando con este fin los medios mecánicos de la succión y del sobamiento (...) colocábanse con destreza en la boca pedazos de madera o de hueso, guijarros, gusanos o insectos que escupían luego y mostraban al paciente como la forma materializada del espíritu maléfico... conjuraban a los espíritus con palabras supersticiosas, sahumaban al paciente con diversas yerbas y dábanle baños de vapor de agua colocando braseros debajo de la hamaca, y los frotaban, y los pei-naban” (Álvarez, 2005, 34-35).*

A su vez, este tratamiento se complementaba con la administración de algunos productos naturales a los cuales se les confería propiedades curativas: sedantes como las hojas del tabaco y las del ñongue; la piedra de bezoar para el tabardillo, la melancolía; la uña de danta para la epilepsia, etc. Otro recurso comúnmente utilizado era la *balneación* en distintas formas: como baño, humedeciendo la hamaca o recubriéndole partes del cuerpo con arcilla mojada.

El Dr. González Guerra señala que en el mundo precolombino “*la terapéutica mágica es el mecanismo operativo de un marco de referencia religioso que determina una concepción de la enfermedad como debida a una fuerza maligna (demonio, hechicero, etc.), superior al hombre mismo*” (González, 1998, 224-225). Como recursos de esa terapéutica mágica señala:

- a.- la palabra como conjuro o sugestión,
- b.- movimientos ya como imposición de las manos o como danza,
- c.- la succión en sitios localizados del dolor,
- d.- los sacrificios parciales,
- e.- los soplos del shamán,
- f.- la inhalación del humo,
- g.- los objetos mágicos.

**Un hecho importante a resaltar durante este primer período es que el destino final de los enajenados era su entorno familiar o tribal y de no ser posible, por su nivel de alteración o cualquier otra causa, era expulsado de su comunidad. El internamiento o encierro, a no ser**

**que fuera considerado como parte del proceso de curación, no existía como respuesta. Es tiempo después, con la colonización, cuando esta institución hace su aparición en Venezuela.**

Este era el escenario predominante en Venezuela, y también en América, con respecto a la locura en sus inicios. Su autoría era patrimonio de la acción u omisión de los designios de las diferentes entidades sobrenaturales o divinidades propias de cada una de las cosmovisiones de los pobladores americanos. Con base en estas consideraciones es posible categorizar este nivel como Deificación de la Locura.

Esta situación cambia con la llegada de los conquistadores europeos al continente americano a partir de 1492 y los consiguientes procesos de confiscación y sometimiento al que fueron sometidos dichos pueblos. Tales eventos no se redujeron únicamente al aspecto económico como lo fue el saqueo de sus riquezas, lo que Marx denominó como el proceso de acumulación originaria del capital, sino que también se posesionaron de otros ámbitos de la vida social y cultural de esos aborígenes, despojándolos de sus propias visiones de mundo e imponiéndoles las de la civilización europea. Las características que asumió ese *encuentro de dos mundos* ya están bastante documentadas en lo que respecta al saqueo y excesivos maltratos por parte de los conquistadores a nuestros aborígenes. Pero este hecho histórico no solamente tuvo repercusiones en el ámbito económico, sino que trastocó toda la estructura societal de esas comunidades indígenas. Su conjunto de creencias, valores, normas, etc., van a ser suplantados o superados a la nueva visión y forma de vida del conquistador.

### **El Santo Oficio y el Protomedicato de Caracas**

En términos genealógicos y con respecto a la locura, el saber dominante en la sociedad aborígen (que le asignaba un papel privilegiado socialmente a los shamanes y pautaba las formas de tratamiento) es sustituido por el saber dominante representado en la sociedad europea, específicamente la española. En este saber poderoso predominaban las ideas medievales sobre la locura y su tratamiento, influenciados profundamente por la religión católica. En este sentido, ahora la locura va a ser explicada como obra de una sola entidad: el Diabolo. Deidad que se contrapone a Dios, base de toda la fe católica. “*Yo, Lucifer, emperador potentísimo e independiente, rey y señor de todo el reino sulano, señor despótico, en*

*toda mi jurisdicción formidable: terrible, nobilísimo, a cuyo imperio todo se mueve, árbitro de todas las fortunas, de todas las seguridades, sabio sagaz y adornado de todos los caracteres más sublimes y luminosos, amante de Europa y de Asia en particular”* (Libro de San Cipriano citado por Álvarez-Uría, 1983, 21).

A pesar de que ocurre un proceso de traslación con respecto a la entidad sobre la cual recae ahora el origen de la locura, todavía mantiene su carácter de divinidad. Arco, Odo'sha, Pulowi y Kuai-mare, etc., divinidades aborígenes, son sustituidos en la nueva etiología de la locura por el Diablo, y en consecuencia, sólo Dios podía enfrentar y curar la enfermedad a través de la acción de los nuevos shamanes, las órdenes religiosas. Álvarez resume a continuación la causa de la locura y su respectivo tratamiento en este momento histórico. *“En algunos otros casos (...) pensábase en la influencia de los castigos celestiales. Y lógicamente se aconsejaba a los pacientes, como única vía para alcanzar alivio, la constricción cristiana y la práctica de las más penosas mortificaciones expiatorias”* (Álvarez, 2005, 86).

El destino final de los *enfermos mentales* dependía de la condición social del paciente y del grado de agresividad que manifestara. Los alienados indigentes eran destinados a los calabozos de las cárceles en unión de otros actores sociales (mendigos, asaltantes, etc.). Si no representaban ningún riesgo para la familia, se alojaban en las habitaciones comunes o se les enviaba a los hospitales junto con los inválidos o enfermos crónicos. Por su parte, los pacientes acomodados eran ubicados en las celdas de los conventos para lo cual debían contribuir con dinero, no destinado a sus gastos, que eran cubiertos por la caridad cristiana, sino supuestamente a reforzar su fe. Otra alternativa era la construcción de piezas o habitaciones alejadas de la vivienda principal o se les enviaba a alguna propiedad situada en el campo o en las afueras de las ciudades. Para los más agresivos, el látigo, el hambre y las duchas frías eran los principales remedios.

El papel de los antiguos shamanes pasó a ser contrarrestado por las acciones del Santo Oficio que se localizó en México, Lima y en Cartagena de Indias. Al igual que en Europa, en donde los tribunales de la Inquisición hicieron prevalecer el dominio de la fe por encima de otras creencias, en



América también fue perseguido este tipo de actuaciones, sobre todo si se toma en cuenta que el shamán cumplía una dualidad de funciones: líder religioso y médico. De allí que fuese sometido a persecuciones.<sup>2</sup>

La explicación de este tipo de actuación la focaliza Álvarez-Uría como uno de los elementos constitutivos de los campos de poder o en términos genealógicos, de los saberes poderosos.

*“El establecimiento de un campo de poder exige, para su conservación, el ejercicio persistente de la violencia frente a aquellos que no la acatan. Las danzas de los locos, como anteriormente la de las brujas, forman parte de una lógica insurreccional, están íntimamente ligadas a prácticas subversivas que constantemente los poderes político y religioso se ven obligados a reprimir. De aquí que la bruja (**shamanes en nuestro caso**) no sea sólo, como dice Michelet, el producto de la desesperación popular; sino sobre todo el resultado de las racionalizaciones operadas por la justicia real e inquisitoria sobre prácticas que trasgredían la nueva normatividad social”* (Álvarez-Uría, 1983, 22). (Las negritas son nuestras).

En este sentido, a pesar de que se puede hablar de la conformación de un nuevo saber poderoso cuyo principal rasgo es la explicación cristiana como cosmovisión, que desplaza la antigua creencia sobrenatural aborigen entre otros de Arco, Odo'sha, Pulowi y Kuai-mare, en términos de la comprensión de la locura se le sigue asignando una dimensión divina o sobrenatural. En otras palabras, la etiología de la locura durante todo este período sigue siendo asignada a entidades todopoderosas, celestiales, omnipotentes. Ahora es Dios y el Diablo los que definen la vida, la enfermedad y la muerte.

Además de haber sido sumamente cuestionada y hasta perseguida la labor de los shamanes por su carácter herético, otro aspecto a considerar

2 Zorrilla de San Martín afirma que en “cerca de trescientos años sólo hubo quince sentencias capitales en Lima y treinta y nueve en México” (citado por Álvarez, 2005, 85). En Tucumán, en el siglo XVI “un solo Gobernador, Ramírez de Velasco, quemó más de cuarenta hechiceros, casi todos ancianos de más de 60 años” (Freire citado por Álvarez, 2005, 86).

durante este período lo constituye la poca migración de médicos europeos a tierras americanas. A pesar de ser una disposición real la participación de este tipo de personal en todas las expediciones, este hecho no fue suficiente garantía para que estos profesionales incursionaran y se asentaran en estas tierras. Archila afirma que las razones para esta movilidad se localizan en *“la constante zozobra en que se vivía entonces y, particularmente, lo despoblado de provincia tan inmensa, que comparativamente a otros lugares del continente no ofrecía a la codicia humana los incentivos de un fácil enriquecimiento”* (Ardilla citado por González, 1989, 164-165). Entre los pocos médicos que se conoce que se establecieron en Venezuela antes de 1600 se puede mencionar a Hernán Pérez de la Muela, Diego de Montes y Miguel Gerónimo, quien se considera como el primer médico que ejerció en la ciudad capital.

En este sentido, a finales del siglo XVI y comienzos del siglo XVII el escenario médico en Venezuela se caracterizó por un claro vacío en el ejercicio profesional por dos razones: por una parte, la persecución violenta y exterminadora de los shamanes por parte del Santo Oficio y, por la otra, la escasa participación de médicos extranjeros. Ante esta situación aparece en este escenario provincial la figura del *curandero*. Este personaje se diferenció de los shamanes por su falta de sinceridad, falta de preparación rigurosa y escaso conocimiento empírico de las enfermedades y de sus tratamientos, a pesar de que se fundamentó para su práctica en la terapéutica indígena.<sup>3</sup>

Otro aspecto que marcó el panorama médico en este período en Venezuela lo constituye la implementación de un conjunto de prácticas médicas en general caracterizadas por ser marcadamente empíricas y sangrientas, sin ningún tipo de fundamentación teórica y/o científica, que eran expresión del poco desarrollo que hasta entonces había tenido esta ciencia en Europa.

---

3 Al respecto, el ilustre Dr. José María Vargas precisó cuáles eran los distintos agentes sociales que se encargaron del ejercicio de la medicina en esta época:

*“La genuina medicina india, ya deteriorada y privada de aquella sanción respetable de la experiencia, que en algunos casos suple con la felicidad de sus aplicaciones a un cuerpo de doctrinas, no podía menos de haber perdido mucha parte de su mérito (...) Los indígenas y curiosos herbolarios por una parte, y los no menos ignorantes, aunque presumidos médicos, por otra, debieron en estos tiempos demasiado oscuros repartirse en estos países el ejercicio del arte de curar”* (Vargas citado por Álvarez, 2005, 72-73).

Diego Montes (1554), soldado, asiste a su jefe Felipe de Utre de una herida en el tórax, para lo cual le infringe una similar herida a un anciano indio, matándolo, para luego realizarle la autopsia y proceder a la curación de su jefe. Luis de Espinoza (1668) atiende a fray Alonso Briceño suministrándole el zumo de mastranto, palomas abiertas por el vientre en la boca del estómago, plantillas de piel de gato negro y agua en taza de plata dorada con piedras bezares. Estos primeros intentos de explicar patológicamente las enfermedades no llegan a ocupar un papel predominante en el colectivo social. En primer lugar, por la precariedad de los diagnósticos: reblandecimiento de la sustancia cerebral, atrabilis mezclada a la sangre, vapores hipocondríacos, migraciones del padrejón, migraciones de la madre, sofocaciones uterinas, etc. En segundo lugar, por lo violento de sus tratamientos: purgantes y vomitivos, sangrías profusas y dieta hídrica, diuréticos y sajas, etc.

Es en el año 1725 cuando, por orden de la Real Cédula del Rey Felipe V de España y bula apostólica de Su Santidad Inocencio XIII, se crea la Real y Pontificia Universidad de Caracas, tomando los espacios del Seminario Santa Rosa y luego del Convento San Francisco. La sesión fue presidida por el Ilmo. Sr. D. Juan J. de Escalona y Calatayud, obispo de Venezuela, estando presentes representantes oficiales y ministros del Santo Oficio de la Inquisición, siendo nombrado como Rector el Dr. D. Francisco Martínez de Porras, quien se desempeñaba como Canónigo de la Santa Iglesia Catedral de Caracas. Como acto protocolar se realizó un *Te Deum* con repiques de campanas y la intervención del pueblo. Las clases que en un principio se impartían eran referentes a temas de Teología, Cánones, Moral, Filosofía, Música y Derecho, exclusivamente en el idioma latín.

En 1727 y 1740 se presentaron ante las autoridades de la Real y Pontificia Universidad dos proyectos para impulsar los estudios de Medicina, los cuales fracasaron. No es sino el 10 de octubre de 1763 cuando comienza a funcionar la cátedra de Medicina en esta Universidad y al frente de la misma estaba el Dr. Lorenzo Campíns y Ballester (1726-1785).<sup>4</sup>

4 Nacido en España, realizó sus estudios en las universidades españolas en las cuales obtuvo su Doctorado. Se trasladó a Venezuela en 1762 y comienza a ejercer la docencia médica. Al año siguiente, luego de presentar unas pruebas reglamentarias, se le concede el grado de Bachiller en Filosofía y Medicina y días después se le otorga el de Licenciado y Doctor en Medicina.

La cátedra universitaria de Medicina de 1763 estaba conformada por un curso dictado y tenía dos partes, una teórica y otra práctica. La teórica duraba tres años, incluía nociones de Higiene, Fisiología, Patología y Terapéutica. La práctica tenía cuatro años de duración y se basaba en experiencia de trabajo en los hospitales. Se inscribieron inicialmente cinco estudiantes y el curso fracasa por la deserción de los mismos, con la única excepción de don Francisco de Molina, que obtiene el título de Bachiller en Ciencias Médicas nueve años más tarde. La nueva carrera no resultaba atractiva porque se consideraba que ser médico era una ocupación que, aparte de ser poco lucrativa, era exigente desde el punto de vista intelectual. Además, las condiciones bajo las cuales se impartía la enseñanza eran bastante difíciles en virtud de carecer de un material pedagógico mínimo.

En respuesta a esta precaria situación, para el año 1777 se creó el Protomedicato de Caracas, previa aprobación del Rey. Su objetivo principal era *“el de velar sobre los Profesores de Medicina y Cirugía, reprimiendo y castigando a los que sin serlo hacían uso de estas Facultades, metiéndose a curanderos en perjuicio de la salud pública”* (Álvarez, 2005, 76). Sólo sería permitida su labor en virtud de la escasez de médicos y con la previa aprobación de una junta conformada en su mayoría por miembros del clero. Como se evidencia, esta institución más que promocionar los incipientes estudios de Medicina se constituyó como una instancia eminentemente policial y represiva, para perseguir la actuación de los curanderos y posicionar, por ende, la supremacía del dominio eclesiástico.

Esta institución se constituye en la versión venezolana del Hospital General de París creado en abril de 1656. Esa estructura monárquica europea había nacido no como un establecimiento médico sino como una estructura semijurídica, una entidad administrativa con poderes constituidos destinados a cumplir funciones de policía y represión. Foucault señala (al referirse al Hospital General) que en estas instituciones su *“soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hospital General es un extraño poder que el Rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la Represión”* (Foucault, 1991, 82). Más que velar por el internamiento y enfrentar la mendicidad y ociosidad como causa de desórdenes, la nascente entidad asume el mismo carácter represivo y policial contra los vestigios del antiguo saber dominante y sus representantes.

Todo este panorama evidencia el fuerte influjo del pensamiento religioso católico y su posesionamiento como saber poderoso en la fase final de este primer período y sobre el cual se constituyen los cimientos que posibilitan el paso a un nuevo período. Es importante recordar cómo uno de los últimos vestigios de ese momento de divinización de la locura fue la creación del primer establecimiento destinado a la reclusión de este tipo de enfermos en Venezuela por parte del clérigo Francisco Xavier de Irastorza, quien fundó en 1810, específicamente en el estado Mérida, una casa especial para enfermos mentales, particularmente pacientes femeninas, que sólo duró dos años ya que el terremoto de 1812 destruyó la edificación.

Este escenario evidencia que a la demencia, al igual que a otros aspectos del todo social, se le asignó una dimensión inicial vinculada a la religión. Si bien es cierto que ya en Europa a finales del siglo XVII el proceso de secularización y racionalización que caracterizó a toda la sociedad europea como lo fue la Ilustración posibilitó un cambio en cuanto al estatuto de la locura, a finales del siglo XVIII, con la obra de Pinel, todavía este proceso no había impactado en la sociedad venezolana.

**En este sentido, es a raíz del proceso de colonización cuando aparece por primera vez, de manos de la Iglesia Católica, el internamiento o encierro de los enajenados en el escenario alienista venezolano.** Ese mismo año de 1812, el Congreso Federal de los Estados Unidos de Venezuela suprimió definitivamente la institución del Santo Oficio, acabando con la persecución y exterminio al que eran sometidos los que contrariaban su doctrina o fe. Por estas razones, este segundo nivel se ha definido como de Cristianización de la Locura.

Emilio Durkheim en su obra *Las formas elementales de la vida religiosa* estableció lo que eran, a su entender, las bases estructurales para la comprensión del hecho religioso a partir del análisis del culto más primitivo y más simple como lo es el totemismo. Las conclusiones que arroja este estudio posibilitan, en una gran medida, comprender la dimensión particular de la cosmovisión venezolana de este primer período, incluyendo su percepción acerca de la locura, antes y después del proceso de colonización:

*“Pues bien, precisamente eso es lo que hemos tratado de hacer y hemos visto que esta realidad, que las mitologías se han re-*

*presentado bajo tantas formas diferentes, pero que es la causa objetiva, universal y eterna de esas sensaciones sui generis de que está hecha la experiencia religiosa, es la sociedad.*

...

*Pues lo que hace al hombre, es este conjunto de bienes intelectuales que constituye la civilización, y la civilización es la obra de la sociedad. Y así se explica el papel preponderante del culto en todas las religiones, cualesquiera que sean. Es que la sociedad solamente puede hacer sentir su influencia si la sociedad es un acto, y ella sólo es un acto cuando los individuos que la componen están reunidos y actúan en común. Por la acción común ella toma conciencia de sí y se afirma; es ante todo una cooperación activa. Hasta las ideas y los sentimientos colectivos sólo son posibles gracias a movimientos exteriores que los simbolizan, así como lo hemos establecido. La acción, pues, es la que domina la vida religiosa por el solo hecho de que su fuente es la sociedad.*

*Las fuerzas religiosas son, pues, fuerzas humanas, fuerzas morales. Sin duda porque los sentimientos colectivos no pueden tomar conciencia de sí mismos más que fijándose sobre objetos exteriores, ellas mismas no han podido constituirse sin tomar de las cosas algunos de sus caracteres: han adquirido así una especie de naturaleza física; como tales, han llegado a mezclarse con la vida del mundo material y por ellos se ha creído poder explicar lo que sucede allí. Pero cuando no se las considera más que en ese aspecto y en ese papel, sólo se ve lo más superficial de ellas. En realidad, los elementos esenciales con los que están hechas están tomados de la conciencia, se piensan bajo formas humanas; pero hasta las más impersonales y las más anónimas no son otra cosa que sentimientos objetivados.*

*Con la condición de ver a las religiones desde ese ángulo es posible percibir su verdadera significación. Ateniéndose a las apariencias, los ritos dan a menudo la impresión de operaciones puramente manuales: son unciones, lavajes, comidas. Para*

*consagrar a una cosa se la pone en contacto con una fuente de energía religiosa, del mismo modo que, hoy, para calentar un cuerpo o para electrizarlo, se lo pone en relación con una fuente de calor o de electricidad; los procedimientos empleados en una y otra parte no son esencialmente diferentes.*

.....

*Pero, ante todo, ver a la religión sólo por su lado idealista, es simplificar arbitrariamente las cosas: ella es realista a su manera. No hay fealdad física o moral, no hay vicios, ni males que no hayan sido divinizados. Ha habido dioses del robo y de la astucia, de la lujuria y de la guerra, de la enfermedad y de la muerte. El cristianismo mismo, por alta que sea la idea que él se hace de la divinidad, se ha visto obligado a dar al espíritu del mal un lugar en su mitología. Satán es una pieza esencial del sistema cristiano; pues bien, si es un ser impuro, no es un ser profano. El antídios es un dios, inferior y subordinado, es cierto, dotado no obstante de extensos poderes; hasta es objeto de ritos, al menos negativos. La religión, pues, lejos de ignorar a la sociedad real y de hacer abstracción de ella, es su imagen; refleja todos sus aspectos, hasta los más vulgares y los más repugnantes. Todo se encuentra en ella y si, muy frecuentemente, se ve allí al bien vencer al mal, a la vida vencer a la muerte, a las potencias de la luz vencer a las potencias de las tinieblas, es que no sucede de otro modo en la realidad. Pues si la relación entre esas fuerzas contrarias estuviera invertida, la vida sería imposible; ahora bien, de hecho, ella se mantiene y hasta tiende a desarrollarse” (Durkheim, 1968, 430-432).*

## **RAZÓN Y LOCURA. (SECULARIZACIÓN DE LA LOCURA)**

### **La locura en el marco independentista**

Es a partir del siglo XVII en Europa cuando se puede afirmar que se le asigna a la locura un estatuto distinto al de la moral y la religión. Juega papel importante en este cambio el proceso de secularización y racionalización que caracterizó a toda la sociedad europea a partir de la caída de la Edad Media como lo fue la Ilustración. Descartes y su duda metódica

se enfrentan y descalifican a la locura como una sinrazón y ya no como castigo divino. Ahora la locura va a ser *“lo otro de la razón”* (Roudinesco citado por Álvarez, 1999, 29), *“como una manifestación indeleble de las heridas humanas”* (Colina citado por Álvarez, 1999, 29), *“la locura es un momento duro pero esencial en la labor de la razón; a través de ella, y aun en sus victorias aparentes, la razón se manifiesta y triunfa. La locura solo era, para ella, su fuerza viva y secreta”* (Foucault citado por Álvarez, 1999, 29).

Álvarez-Uría, por su parte, señala que no sólo fue la propuesta de Descartes o el impacto de todo el movimiento iluminista que él representó lo que golpeó las bases de la escolástica, sino que, a su vez, también fue la propia lógica inquisitorial la que determinó su derrumbe. *“Por paradójico que parezca, fue la propia Inquisición la encargada de neutralizar, antes que Descartes, la inquietante presencia del genio maligno (...) Si se acepta la presencia del demonio, todo puede ser convertido en simulacro. Los poderes mágicos de Satanás son capaces de fabricar la ficción y esconder la realidad provocando una incertidumbre generalizada que afectaba directamente a la Justicia inquisitorial”* (Álvarez-Uría, 1983, 25-26).

Como se señalara en el capítulo anterior, la etiología de la locura se había remitido, tanto en sus momentos iniciales como luego de la conquista, exclusivamente a una dimensión sobrenatural, divina. Esta definición ocupó un lugar predominante por encima de los otros ámbitos de explicación posibles. Se consolidó, en el caso de Venezuela, la visión de mundo española y católica como saber poderoso. Para finales del siglo XVII, todavía el oscurantismo religioso dominaba el escenario social.

*“Y con cuánto candor e ingenuidad el Dr. Rodríguez Lindo, hijo de Orotava, graduado en Canarias, revalidado en Madrid, reconocido en su título por el Cabildo de Caracas en 1669, aconseja a requerimiento del Gobierno, como principal medida profiláctica para contener una epidemia de vómito negro, las rogativas a Santa Rosalía”* (Álvarez, 2005, 74).

Un hecho de singular importancia y que evidencia el decaimiento de un momento genealógico basado en un saber dominante caracterizado por la divinización de la locura y el nacimiento de un nuevo período ge-



nealógico lo constituye sin lugar a dudas el fallecimiento del Dr. Campíns Ballester en 1785. El primer mentor de la cátedra de Medicina de la Real y Pontificia Universidad de Caracas muere, tras una penosa agonía, víctima de una grave psicosis. En el diagnóstico de su médico tratante, el Dr. Francisco Xavier de Socarrás (oriundo de Cuba), esta muerte fue catalogada como una “afección hipocondríaca, maniática y melancólica” (Ibáñez, 1991, 102). **A pesar de la marcada influencia del saber teológico en lo atinente a la etiología y tratamiento de las enfermedades durante esta época, este dictamen se constituyó en el primer diagnóstico psiquiátrico en Venezuela que se soportó sobre bases científicas, propias de un campo de conocimiento especializado como lo es la medicina, marcando el inicio de lo que a la postre sería la nueva dimensión racional para el estudio de la locura y del resto de los trastornos.**

Venezuela, aún a principios del siglo XIX, seguía siendo colonia del Imperio Español. El 19 de abril de 1810, a raíz de la invasión napoleónica a España, los miembros del Cabildo de Caracas desconocen al entonces Capitán General de Venezuela, Vicente Emparan, por ser los representantes de Fernando VII, rey depuesto de España, y en desobediencia de José I. Se establece una Junta de Gobierno que toma varias iniciativas, como establecer juntas similares en las provincias de Cumaná, Margarita, Barinas, Barcelona, Trujillo y Mérida. Un año después, el 5 de julio de 1811, se firma el Acta de la Declaración de la Independencia de Venezuela, documento en el cual siete provincias españolas, pertenecientes a la Capitanía General de Venezuela en Sudamérica, declararon su independencia del reino de España constituyéndose la Confederación Americana de Venezuela. Con la firma de la Declaración de la Independencia y las campañas emprendidas por los republicanos, se inicia la Guerra de Independencia.

Luego de diversos acontecimientos, el 24 de junio de 1821 las fuerzas patriotas, bajo el mando supremo del General en Jefe Simón Bolívar, se enfrentan a las del reino de España dirigidas por el mariscal Miguel de la Torre, en la Sabana de Carabobo en la denominada Batalla de Carabobo. La ofensiva se saldó con una decisiva victoria patriota que resultó crucial para la liberación de Caracas y el resto del territorio que aún permanecía en poder de los realistas. Este triunfo se consolidó de manera terminante en 1823 con la Batalla Naval del Lago de Maracaibo y la toma del Castillo

San Felipe de Puerto Cabello. La Independencia de Venezuela fue finalmente reconocida por España y firmada en un tratado de paz y amistad el 30 de marzo de 1845, por los gobiernos de la reina Isabel II de España y el presidente Carlos Soublette. Entre los factores más influyentes que impulsaron ese movimiento independentista se suele destacar, entre otros, el deseo de poder de los grupos criollos que poseían el estatus social y económico pero no político, la introducción de las ideas del Enciclopedismo, la Ilustración, la Declaración de Independencia de los Estados Unidos así como también el influjo de la Revolución Francesa.

En este marco independentista, se inicia un proceso de secularización del todo social. La existente Real y Pontificia Universidad de Caracas experimenta profundos cambios. El 22 de enero de 1827, Simón Bolívar la deroga por vía de decreto y crea la Universidad Central de Venezuela, así como la Facultad Médica de Caracas, separándose del Seminario de Santa Rosa y trasladándose al convento de San Francisco. Después de la Guerra de Independencia, la vieja universidad colonial, elitesca, fundamentalmente eclesiástica, fue reemplazada por la universidad republicana, más abierta, dinámica, tolerante y científica. Las constituciones reales promulgadas por el rey Felipe V en 1727, que rigieron la Universidad de Caracas, fueron desplazadas por los estatutos republicanos promulgados por el Libertador el 24 de junio de 1827 que evidenciaban la marcada posición civilista de Bolívar.<sup>5</sup>

Estos nuevos estatutos fortalecían la autoridad del rector y le conferían un carácter más secular a la institución. La nueva organización universitaria estaría a cargo de una autoridad suprema, el Rector, el Claustro Pleno y el Claustro de Catedráticos. Colaboraban también en el gobierno universitario el Vicerrector, el Secretario, el Administrador, el Maestro de Ceremonias y los bedeles. En ella podían ahora participar estudiantes de todos los sectores étnico-sociales rompiendo viejos y absurdos tabúes como el del color de la piel como requisito de ingreso, la declaración de una vida de buenas costumbres. Entre los cambios más significativos se pueden destacar que el latín dejó de ser la lengua en la que se dictaban

5 Como un hecho digno de mencionar, Simón Bolívar entregó a la nueva Universidad Central de Venezuela las dos obras que le regaló su amigo el señor General Wilson y que pertenecieron a la biblioteca de Napoleón: *El Contrato Social* de Rousseau y *El Arte Militar* de Montecuccioli.

las clases, se comienzan a impartir nuevas cátedras y son agregadas otras carreras, se flexibilizó su estructura organizativa y se le confiere el principio de autonomía, otorgándole recursos económicos para garantizar su funcionamiento.

Por convocatoria del último Rector de la Real y Pontificia Universidad de Caracas, José Cecilio Ávila, se reúne el Claustro para designar nuevo Rector, siendo elegido el Dr. José María Vargas primer rector de la Universidad Central de Venezuela, siendo la primera persona de carácter secolar que asume la dirección de esta Institución en su condición de Doctor en Medicina.

Álvarez, citando al Dr. Elías Toro, resume la situación de la Medicina antes de crearse la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela:

*“en el primer período de la Colonia, antes de Campíns, fue el imperio el más grosero naturismo hipocrático, con el empleo de los medicamentos llamados desobstruyentes, fundentes, discusivos, diluyentes, incisivos e inviscuantes. Desde 1777, con el Protomedicato, entró en acción el controestimulismo de Razoni, con sus procedimientos hipostenizantes: el tártaro entibiado, los vomitivos, los purgantes, la dieta hidrica y los diuréticos. Era el reinado de la medicina expoliadora en su más terrible letalidad. Y finalmente, la no menos temible medicación flogística de Broussais entronizando la sangría en sus tres formas en boga: depletiva, preventiva y exploradora” (Álvarez, 2005, 79-80).*

Para enfrentar esta situación de creciente empirismo en el ejercicio médico, el Artículo 59 del acuerdo que crea la Facultad de Medicina es muy categórico al respecto:

*“Art. 59.- Que los barberos que estén, o quieran estar en el oficio de sangradores, ocurran al Director de la Facultad para obtener la autorización. Son lamentables los efectos del abuso de la sangría. Ningún Flebotomista podrá en lo sucesivo practicarla sin previa orden firmada de profesor, expresándose en ella la cantidad de sangre que haya de sacarse” (Álvarez, 2005, 80).*

En otras palabras, el proceso de independencia no solo significó una ruptura en distintos órdenes (político, económico, etc.) con el antiguo imperio español, sino también con la fuerte hegemonía de la cosmovisión religiosa católica que venía emparentada con ésta y que por lo tanto se constituía en el saber dominante. Así, la conversión de Real y Pontificia Universidad de Caracas a Universidad Central de Venezuela y el surgimiento de la Facultad de Medicina bajo la rectoría de un ilustre seglar venezolano es expresión de esta secularización. Por otra parte, como se señaló anteriormente, el fuerte influjo de las ideas propias del Racionalismo Cartesiano y de todo el movimiento iluminista que dominaban Europa desde el siglo XVIII se constituyeron en los nuevos soportes ideológicos de esta época.<sup>6</sup>

Posteriormente a estas fechas, se siguen generando en Venezuela una serie de eventos importantes. El 6 de mayo de 1830 se instaló el Congreso Constituyente de Venezuela en Valencia, el cual promulgó la primera Constitución. Ello consolidó la separación de la Gran Colombia y el nacimiento de la República de Venezuela. José Antonio Páez, integrante del Partido Conservador, se convierte en el primer Presidente de la naciente República.

La Venezuela independiente de 1830 nace con dos grandes clases sociales dominantes: una fuerte oligarquía agraria compuesta por la antigua aristocracia criolla y por las nuevas élites surgidas por militares de alto rango veteranos de la Guerra de Independencia cuyo base económica se fundamentaba en la explotación de la tierra dividida en un sistema latifundista; y un nuevo grupo social compuesto por la burguesía comercial, la cual había ascendido gracias a las oportunidades de comercio creadas durante la guerra debido a la necesidad de los ejércitos de pertrecharse. Luego del inicio de la República se generan una serie de enfrentamientos entre estos grupos sociales, organizados políticamente como conservadores y liberales, por la toma del poder, que desembocó en la Guerra Federal (1858-1863).

Este proceso independentista tuvo además otra contrapartida filosófica en las propuestas hechas por el pensamiento positivista que dominaba

---

6 De hecho, el Dr. José María Vargas, que como se dijo anteriormente se convirtió en el primer Rector de la Universidad Central de Venezuela, realizó estudios de Medicina en Europa y tradujo el libro *El Contrato Social* de Rousseau.

Europa en estas fechas. Este movimiento ideológico se impuso en Europa entre 1830 y 1880 siendo su principal exponente Augusto Comte, quien estableció, entre otros aspectos de su teoría, el desarrollo histórico de las sociedades a partir de la ley de los tres estados, donde el último representa el estado del saber y la ciencia positiva en contraposición a lo religioso y metafísico. En este sentido, la introducción del positivismo trajo consigo un espíritu antirreligioso y anticlerical cuestionando uno de los pilares básicos de la colonia.

En términos epistemológicos, se habla de un traslado del enfoque empírico-inductivista de las ciencias naturales al campo de las ciencias sociales, siendo su característica principal las nociones de orden y progreso. Esta doctrina se constituyó en la herramienta teórica que permitió justificar por una parte la necesidad de derribar los cimientos de la época colonial y, por otra parte, la consolidación del naciente orden social que emergía de los procesos emancipatorios por los cuales atravesaban los países de América Latina.

### **La ley como primer acercamiento a la locura**

La introducción del positivismo en Venezuela es casi inmediata luego de la publicación de la obra de Comte y Spencer y comienza a desarrollarse en la Universidad Central de Venezuela en 1863 con Adolfo Ernst y su cátedra de Historia Natural y en 1866 con Rafael Villavicencio y su cátedra de Historia Universal. En torno a ellos se formó un grupo de alumnos que integraron la Sociedad de Ciencias Físicas y Naturales establecida en 1867.

Con la llegada de Antonio Guzmán Blanco (1829-1899) a la Presidencia de la República de Venezuela en 1870, se entroniza el pensamiento positivista como doctrina oficial. En ese mismo año se promulga el Decreto de Instrucción Pública, el cual expresa el influjo de las ideas positivistas en su gestión. Marcano expone las distintas dimensiones que subyacen en ese Decreto entre las cuales se pueden destacar:

- a.- Establecimiento del carácter obligatorio de la Educación Primaria.

- b.- Establecimiento de la gratuidad de la Educación Primaria.
- c.- Obligatoriedad de los padres a inscribir a sus hijos en la Educación Primaria.
- d.- Establecimiento de una concepción racionalista de la educación que se instaló en Venezuela desde el tiempo de la Independencia con las ideas de la Ilustración europea que trajeron Bolívar, Rodríguez y otros.
- e.- Establecimiento de nuevos contenidos educativos, tales como los principios generales de la moral, lectura y escritura del idioma patrio, aritmética práctica, el sistema métrico, el compendio de la Constitución Federal y todo lo que los venezolanos quieran aprender en las distintas ramas del saber.
- f.- Instauración del principio del Estado Docente, según el cual es el Estado el único ente encargado de fijar las directrices y políticas referidas a este ámbito, tanto en la esfera pública como en la privada. Este último punto es de vital consideración ya que por medio de este decreto se da por terminada la primacía que detentaba hasta ese momento la Iglesia Católica en otro ámbito de singular importancia como lo es el manejo de la educación.

A la par de este decreto, se generan todo un conjunto de actuaciones tanto en la esfera pública como en la privada que son consecuencia de la marcada influencia del pensamiento positivista en Venezuela. En 1882 se creó la Fundación del Instituto del Saber que posibilitó el conocimiento de las doctrinas evolucionistas y positivistas, publicadas en el diario *La Opinión Nacional*. Se funda el Hospital Vargas, el Instituto Pasteur de Caracas, la Academia de Medicina y La Gaceta Médica.

**No es sino a partir de la creación de la Universidad Central de Venezuela y de la Facultad de Medicina de Caracas en 1827 y en el marco del influjo del pensamiento positivista, cuando ese proceso de secularización del todo social se expresa en el ámbito de la locura dando inicio a un nuevo período que, en términos genealógicos, se ha denominado de *Secularización de la Locura*.**

La primera referencia acerca de la problematización de la locura en la sociedad venezolana ya había tenido antes de 1870 una primera aproximación en el campo de las Ciencias Jurídicas. Es a finales de 1862 cuando José Antonio Páez decreta el primer Código Civil Venezolano que evidencia no sólo la separación entre Iglesia y Estado, sino también la primacía de este último. **Con este naciente y primer ordenamiento jurídico cambia la situación de los alienados, los cuales van ahora a quedar bajo el amparo de la regulación estatal y no de la actuación eclesiástica.**

En este sentido, en el primer Código Civil Venezolano de 1862 ya se hace referencia a la problemática de los alienados y se instituye la figura jurídica inicial vinculada a su resguardo protegida ahora por el Estado: la curatela. En la *Ley VII Reglas especiales relativas a la curaduría del demente*, el Art. 1º señala:

*“Art. 1º - El adulto que se halla en un estado habitual de demencia debe ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos.*

*La curaduría del demente puede ser testamentaria, legítima o dativa.”*

Mención especial merece el señalamiento relativo a las limitaciones para el confinamiento de los dementes que se mencionan en el Art. 13 de la misma Ley VII:

*“Art. 13º - El demente no puede ser privado de su libertad personal, sino cuando se teme que usando de ella, se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros.*

*Ni puede ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado ni atado, sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador, o de cualquiera otra persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas.”*

Este articulado evidencia la problematización social de los alienados para este momento histórico que ante la inexistencia de una normativa específica sobre la cuestión de la privación de su libertad, tuvo que ser recogida en este Código (competencia propia del Código Penal, el cual fue promulgado por primera vez seis meses después, en el año 1863).

Otro de los instrumentos jurídicos en los que se reseñan aspectos concernientes a los alienados es en el Código Penal. Al revisar la codificación penal existente desde 1863, cuando surge el primer Código Penal Venezolano, se plantea una clara diferenciación en cuanto a la responsabilidad criminal al separar aquellas circunstancias que la eximen de aquellas que la atenúan. En este caso, el tratamiento que se les debe dar a las personas que cometan un delito en “*estado de demencia o delirio*” es como inimputable:

*“Art. 8º- Están exentos de responsabilidad criminal:*

*1º El que cometa la acción hallándose dormido, o en estado de demencia o delirio, o privado del uso de su razón de cualquiera otra manera independiente de su voluntad.*

*El que cometa el hecho hallándose en cualquiera de estos casos, debe ser detenido en el establecimiento correspondiente; y en su defecto, en uno de los hospitales del lugar; o entregado a su familia bajo fianza de custodia. No teniendo familia, a otra persona competente que preste la misma fianza según lo estime el Juez.”*

Con posterioridad, en el Código Civil de 1873 se plantea un cambio en la consideración de los alienados, sustituyendo la curatela por la interdicción y la inhabilitación. Ambas figuras aluden a un **régimen de incapacidad** que dependiendo del grado de perturbación puede ser **de sustitución o de asistencia**: el más grave destinado a “*el mayor de edad y el menor emancipado que se encuentre en estado habitual de defecto intelectual, que lo hagan incapaz de proveer a sus propios intereses, serán sometidos a interdicción, aunque tengan lúcidos intervalos*” (Art. 361); mientras que el inhabilitado se define como “*el débil de entendimiento cuyo estado no sea tan grave que dé lugar a la interdicción*” (Art. 376). También se establecen los que pueden promover la interdicción, el procedimiento a seguir para su declaración, las disposiciones relativas a la tutela así como la forma de revocarla; mientras que en el caso del inhabilitado se implanta la figura del curador.

Para otros autores, se instaura no sólo un régimen de incapacidad sino también de protección:



*“Prevé tanto la privación absoluta de la capacidad negocial como una limitación a la misma, de acuerdo al grado de enfermedad y en relación con la incidencia de ésta en la aptitud para proveer a la protección del propio patrimonio y de la propia persona. El legislador ha sido particularmente cuidadoso en mantener esta relación proporcional; ello se advierte en la facultad que atribuye al Juez para determinar si procede la interdicción, que priva totalmente de capacidad, o la inhabilitación, que únicamente la limita; y aún en este último supuesto, el Juez podrá apreciar el grado de incapacitación que requiere el individuo y, en consecuencia, estará facultado para determinar a cada inhabilitado su propio régimen”* (Grimaldi, s.a.: 4).

A su vez, en el Código Penal de 1873, aparece por primera vez reseñado literalmente el hecho de someter a un alienado únicamente por vía jurisdiccional así como también su tipificación como enfermo. En la *Ley III de las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal*, en el apartado final del Art. 19 expresa que *“cuando el loco o demente hubiere ejecutado un hecho que equivalga en un cuerdo a delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales o establecimientos destinados a esta clase de enfermos, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.”*

Con esta codificación jurídica en Venezuela referida a la locura y su internación para finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se pueden retomar las afirmaciones de Foucault hechas con respecto a este mismo fenómeno en Europa, cuando señala que esta percepción

*“coincide con el momento en que la locura comienza a ser percibida menos en relación con el error que en relación con la conducta regular y normal; cuando deja de aparecer como juicio perturbado y se muestra, en cambio, como trastorno en la manera de obrar, de querer, de experimentar pasiones, de tomar decisiones y de ser libre; en resumen, cuando ya no se inscriben en el eje verdad-error-conciencia sino en el eje pasión-voluntad-libertad”* (Foucault, 2005, 386-387).

Si bien es cierto que esta reglamentación jurídica rescata algunos elementos importantes que ya estaban presentes en la primera legislación sobre los alienados promulgada en Francia en la ley del 30 de junio de 1830,<sup>7</sup> existe a mi entender una diferencia sustantiva que particulariza y contextualiza este proceso en Venezuela.

Esa diferencia radica en que la ley de junio de 1830 promulgada en Francia, fue la consecuencia final de una dinámica que se inició con la actividad desarrollada por Philippe Pinel (1745-1826) al frente de la dirección de Bicetre y posteriormente en 1795 en Salpêtrière, en las cuales establece una práctica profesional médica que posibilita un programa asistencial en el ámbito hospitalario a partir de un *tratamiento moral*, mientras que **en el caso de Venezuela para el momento en que se decretan las primeras medidas jurídicas a favor de la locura (finales del siglo XIX) el desarrollo en el campo de la medicina en general era poco significativo y en el ámbito de la psiquiatría casi inexistente lo que no posibilitó que sirvieran de soporte y fundamento teórico a tales actuaciones.**

En otras palabras, en Francia la medicalización de la locura desembocó en una normativa jurídica que reguló ese ámbito. Según Álvarez-Uría, la medicalización de la locura fue “*un proceso innovador, primero nosológico (reducción casi completa de la locura a la enfermedad), más tarde institucional (creación del asilo), terapéutico (promoción del tratamiento moral) y legal (Ley del 30 de julio de 1838)*” (Álvarez-Uría, 1999, 36). Esta ley condensó una medida de internamiento, un régimen interno, una incapacidad civil, una gestión de bienes y un derecho asistencial; determinados por una lógica médica, institucional y legal. Permitió establecer un equilibrio entre la administración pública (encargada de mantener el orden social) y la justicia (como garantes de las libertades individuales) a partir del saber médico. Fue un ejemplo claro de tramitación de un sistema de relaciones de poder determinadas en un sistema de reglas legítimas y consensuadas, que hallan su justificación en el deber y su eficacia en su racionalidad técnica.

7 Aspectos como el establecimiento de una serie de actuaciones propias para controlar el proceso de tratamiento de la locura; el resguardo en una institución con carácter especial y público diferenciándolos de delincuentes y otros enfermos comunes ya que estos requieren ser tratados en unas condiciones institucionales específicas; atribución al internado de una condición jurídica que le permite la asignación de un Tutor para ejercer sus derechos; etc.

*“En una sociedad basada en el contrato, el alienado es el que escapa a todo tipo de relación contractual. Pero al mismo tiempo deja de tener un cometido porque esta ausencia de derechos constituye su estatuto. Sufre una puesta bajo tutela unilateral a todos los niveles de la relación médica, institucional, jurídica y de asistencia pública. El concepto de alienación es la expresión sintética de esta combinatoria de dependencia. La noción de alienación es el producto, la conquista de la medicalización del loco. Medicalizar la locura ha consistido, exactamente, en instituir ese estatuto completo de tutela”* (Foucault, 1991, 235-236).

**En el caso de Venezuela se instauró ese régimen de tutela (legal), primero curatela, luego interdicción e inhabilitación, aun con la ausencia de un proceso de medicalización de la locura en sus dimensiones nosológica (referida a una práctica médica), institucional (existencia del asilo) y terapéutica (definición de un tratamiento). En Francia se medicalizó la locura y con base en estos preceptos posteriormente se le dio asidero jurídico. En Venezuela, ante la precariedad del conocimiento médico, primero se legisló sobre la locura estableciendo su régimen de tutela, y es tiempo después cuando se pauta su medicalización.** De hecho, en lo que respecta a la práctica médica sólo se conocen para la fecha de 1873 dos trabajos de investigación sobre esta temática realizados por el Dr. José María Vargas, intitulados *“Memorias sobre los nervios de los ganglios cervicales y de los cardíacos, observados en un loco”* de 1828 y *“Memorias sobre la Epilepsia”* de 1831. Tales obras son el resultado de sus autopsias y trabajos docentes de disección, que expresan su concepción empírica y secular de la medicina propia del Racionalismo y contraria a la comprensión oscurantista religiosa de las ciencias.

En lo concerniente al carácter institucional, no es sino hasta 1876 cuando se funda el Asilo Nacional de Enajenados en la población de Los Teques, primer establecimiento creado exclusivamente para el tratamiento de este tipo de enfermos. En lo relativo a la terapéutica, los esbozos iniciales de un tipo de tratamiento médico particular para estos enfermos aparecen reseñados por primera vez no como consecuencia de un saber médico especializado, sino en las resoluciones que se implementaron para regla-

mentar el funcionamiento de estos nacientes Asilos que datan de 1887. Por lo tanto, el componente médico e institucional (asilo) no están presentes de manera conjunta en la escena venezolana para estos tiempos.

**Esta especificidad permite delimitar un primer momento en este período de secularización de la locura que se ha conceptualizado como de Positivización de la Locura caracterizado por una dimensión jurídica y otra médica naciente, aunadas a una fuerte intervención estatal en distintos órdenes del todo social del cual no escapa la problemática de la locura. De allí, la necesidad de caracterizar y diferenciar este primer momento en el transcurso del desarrollo histórico de la concepción secular sobre la locura.**

### **La naciente institución alienista y la instauración del saber médico**

En 1874, Guzmán Blanco decretó la creación de la Casa de Beneficencia en Caracas (en el antiguo y extinto Convento de las Dominicas) la cual funcionaría como un Hospital General para *los pobres de solemnidad* que debía contar, según su Artículo 19, con un departamento especial para locos. En 1876, se inaugura en Los Teques el Asilo Nacional de Enajenados, primer establecimiento particularmente creado para atender esta enfermedad. Ésta era una “*construcción sencilla y de corriente estilo: piezas bajas y estrechas, con techos de tejas, verja corrida por el frente y en su fachada ventana de balaustres, puerta principal y algunos tragaluces*” (Álvarez, 2005, 280), situada en una localidad con un clima fresco y agradable. En sus dos años iniciales hubo problemas con respecto al nombramiento de un Médico-Director. Superado este escollo, en 1878 se designó al Dr. Enrique Pérez Blanco como el primer regente, que también debía cumplir la misma función en otro Hospital de Caracas. En fecha posterior (1884), es sustituido como autoridad principal del Asilo por un curandero llamado Telmo Romero. Estos dos hechos presentes en la naciente institución asilar venezolana (la problemática en el nombramiento de un Director-Médico así como también su posterior salida para dar paso a un personaje ajeno a la medicina) confirman la existencia de un período de transición en el cual todavía se hacen presentes vestigios del viejo orden.

Aun teniendo en cuenta lo reseñado anteriormente, el hecho de considerar la necesidad de un tipo de atención especializada para este tipo de enfermos, primero como adjunto de un hospital general (postura esbozada

inicialmente por Esquirol en Francia) y luego como un establecimiento determinado (planteamiento defendido por Pinel) evidencia de manera categórica el inicio de un proceso de medicalización de la locura en cuanto al componente nosológico y etiológico de ésta, ausente por completo en el momento anterior.

**En este sentido, la nueva institución asilar es producto de la acción del Estado, de manera secular, sin intromisión de la Iglesia. Además, surgen los primeros instrumentos legales referidos específicamente a la consideración de este tipo de individuos. Pero en ambas instancias se observa la primacía del saber médico en el tratamiento de los alienados. Por ello este segundo momento en el período de secularización de la locura se ha denominado de *Medicalización de la locura* ya que, a nuestro entender, es efectivamente a partir de 1876 cuando los distintos dispositivos sociales (jurídicos, médicos e institucionales) hacen su aparición en Venezuela instaurando un nuevo saber hegemónico fundamentado en la actuación del médico.**

Para lograr una mejor visión de la institucionalización de este nuevo saber poderoso con respecto a la locura es importante analizar de manera separada dos de las instancias que posibilitaron y contribuyeron a la construcción de este proceso, a saber: la Normativa Jurídica Alienista y los Sistemas de Aprendizaje.

En cuanto a la **Normativa Jurídica Alienista**, en el inicio de este período se promulgan los primeros reglamentos que disciplinaron no sólo la dinámica de la naciente institución asilar, sino que también hacían referencia a aspectos tales como la autoridad del médico, el tratamiento a utilizar o terapéutica, su relación con los familiares, etc.; contenidos que hasta ahora no habían sido considerados y que pasan a ser regulados por el Estado confiriéndoles un ámbito de actuación especializada y definida a un determinado campo del saber, en este caso, la Medicina.

El estudio de esta normativa jurídica es de singular importancia ya que expresa una de las formas de *institucionalización de un saber poderoso*. Como señala Deleuze, Foucault plantea ciertos postulados metodológicos que permiten entender esta dinámica. Uno de los postulados es el de *Modo de Acción*, “según el cual el poder actúa por medio de mecanismos

*de represión e ideología*” (Foucault, 2004, 11); mientras que el otro es el postulado de Legalidad “*según el cual, el Poder del Estado se expresa por medio de una ley*” (Foucault, 2004, 12).

El primer documento legal de carácter oficial referido específicamente a los enajenados aparece también durante el mandato de Guzmán Blanco, cuando el Gobierno del Distrito Federal, en fecha 14 de enero de 1887, decreta una *Resolución reglamentando el Asilo Nacional de Enajenados*. En este Reglamento, sus 17 artículos destacan aspectos como los requisitos de ingreso, tratos al paciente, pautas de comportamiento así como algunos tipos de tratamientos:

*“Art. 1°. Ninguna autoridad podrá enviar enfermos al Asilo Nacional de Enajenados (sic), sin antes obtener y remitir a dicho establecimiento la certificación de dos facultativos, que declaren el estado de enajenación.*

*Art. 7°. Se prohíbe terminantemente castigar a los enfermos, a quienes en ningún caso se pondrán grillos o esposas. Para corregirlos cuando ello sea indispensable podrá aplicarse la chaqueta de fuerza, siempre así lo acuerden los Jefes y el médico del establecimiento (sic).*

*Art. 9°. En ningún caso se permitirá que los enfermos varones invadan las habitaciones de las enfermas ni viceversa.*

*Art. 10°. Los Directores se esmerarán en evitar a los enajenados (sic) todo desagrado o contrariedad que los haga padecer inútilmente; y cuidarán de que estén constantemente aseados en sus vestidos.*

*Salvo disposición contraria del facultativo, se bañarán diariamente.*

*Art. 11°. Cuando el médico lo crea útil, se le proporcionará al enfermo del establecimiento.*

*Art. 15°. Los Directores del Asilo, previa orden de la Gobernación de Distrito, podrán permitir que los familiares de los enajenados (sic) que así lo deseen, procuren a sus enfermos*

*tratamiento especial, siempre que esto no altere el régimen establecido y hagan los interesados los gastos correspondientes.”*

En este mismo rango jurídico pero con fechas posteriores, se encuentra el *Reglamento para la reclusión de atacados por enagenación mental*, elaborado el 18 de marzo de 1905 y publicado en Gaceta Oficial del Estado Zulia de fecha miércoles 25 de abril de 1906, año 6º, Número 348, para ser aplicado en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo.

En este Reglamento, con respecto al ingreso, se les clasifica en tres clases: Primera, Segunda y Tercera Clase. Los dos primeros pagarían un monto mensual de 60 Bs. y 40 Bs. (valor según la época), respectivamente, por un servicio especial, mientras que el último sería totalmente gratuito, estableciéndose la diferencia solamente en cuanto “*el mayor esmero en materia de alimentación y asistencia; el tratamiento médico será igual para todos*” (1906, 3191). Otro aspecto importante a destacar en este nivel consiste en que para cualquier clase era necesaria la certificación expedida por dos médicos, señalando en ella que la persona a recluir sufría “*de enagenación (sic) mental ó locura; y, si es posible, la forma de enagenación (sic); además expresar que no sufre enfermedad contagiosa, con excepción de la sífilis*” (1906, 3190).

A su vez, los ingresados de Primera y Segunda Clase ameritaban una comunicación por escrito de un familiar o de otra persona interesada solicitando su reclusión y comprometiéndose a costear su mensualidad, mientras que los de Tercera Clase sólo serían recibidos por órgano del Jefe Civil del Distrito Capital, con previa declaración de dos ciudadanos ante el Tribunal del Distrito según la cual se compruebe que ni el enfermo ni sus familiares cercanos tienen medios para cancelar una subvención. Por otro lado, los locos atrapados *in fraganti* eran remitidos por instrucciones del Jefe Civil y con la certificación médica reseñada anteriormente, mientras que para la reclusión de extranjeros se exigía, además de lo referente a los de Primera y Segunda Clase, la aprobación del respectivo Cónsul. Finalmente, no se aceptaban locas con niños ni casadas sin la respectiva autorización de su marido ante cualquier autoridad judicial.

En cuanto a su permanencia, las normas a las que debían sujetarse todos los reclusos eran muy estrictas: horarios de visitas, personas que podían visitarlo, imposibilidad de tener comunicación escrita entre el enfermo y sus familiares. Por otra parte, los familiares de los internados en Primera y Segunda Clase tenían que suministrar la ropa y el calzado para sus reclusos, e incluso había la posibilidad de disfrutar de un sirviente especial y de un espacio particular si los gastos eran realizados por sus familiares y con el consentimiento de la Junta Administradora del Hospital. Esta situación de monopolio absoluto de la institución sobre el recluso se condensa en el Artículo 30, el cual expresa que *“los reclusos quedan en un todo sometidos al régimen interior y tratamiento médico establecido en el Instituto”* (1906, 3191).

En lo que respecta al egreso de la institución, sólo era posible previa solicitud escrita motivada ante la Junta de Administración de quien hubiese hecho la solicitud de reclusión: de un familiar si era de Primera o Segunda Clase o del Jefe Civil si era de Tercera Clase.

En el mismo terreno legal, es a partir del Código Penal de 1915 cuando se incorpora en la normativa jurídica la noción de *enfermedad mental* al expresar en el *Título V de la Responsabilidad Penal y de las circunstancias que la excluyen, atenúan o agravan*:

*“Art. 62: No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos.”*

Esta variación en la formación discursiva que categoriza a los alienados, y específicamente en las causas de su inimputabilidad, representa un hecho significativo desde el punto de vista genealógico. *Antes de establecerse este cambio en el ámbito jurídico, los individuos que sufrían este trastorno eran considerados enajenados. Ahora se pasan a denominar enfermos mentales. Este cambio corresponde, a nuestro entender, a dos razones: primero, la instauración del predominio de una concepción organicista sobre la etiología de este tipo de trastornos que privaba en el entorno social; y segundo, la necesidad de incorporar las nuevas y variadas patologías a través de las cuales se manifestaba este tipo de enfermedad.*



La postura de inimputabilidad ante la responsabilidad criminal se ha mantenido a través de los distintos Códigos Penales que se han promulgado hasta la fecha. De hecho, en el Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela vigente, publicado en Gaceta Oficial N° 5.768 Extraordinario de fecha 13 de abril de 2005 en el *Título V de la Responsabilidad Penal y de las circunstancias que la excluyen, atenúan o agravan*, señala lo siguiente:

*“Art. 62. No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos.*

*Sin embargo, cuando el loco o demente hubiere ejecutado un hecho que equivalga en un cuerdo a un delito grave, el Tribunal decretará la reclusión en uno de los hospitales o establecimientos destinados a esta clase de enfermos, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal. Si el delito no fuera grave o si no es el establecimiento adecuado, será entregado a su familia bajo fianza de custodia, a menos que ella no quiera recibirlo.”*

En lo concerniente a la otra normativa jurídica analizada en el capítulo anterior con respecto a los alienados, como lo es el Código Civil, las modificaciones posteriores mantuvieron la misma condición en cuanto a la instauración de un régimen de tutela (de incapacidad y de protección) y sólo en el Código promulgado en 1982 se incorpora una nueva referencia al respecto en el *Capítulo X De la disolución del matrimonio y de la separación de cuerpos*, Artículo 185, ordinal 7, en el cual se le señala como una causal de divorcio:

*“7°. La interdicción por causa de perturbaciones psiquiátricas graves que imposibilite la vida en común. En este caso el Juez no decretará el divorcio sin antes procurar la manutención y el tratamiento médico del enfermo.”*

Es importante resaltar que en este Código se vincula la interdicción con el término de *perturbaciones psiquiátricas graves*, diferenciándolo de

*estado habitual de defecto intelectual*, lo que evidencia un cambio en la consideración jurídica acerca de las variaciones que presenta el desarrollo de este trastorno.

A excepción de estas consideraciones en el ámbito civil y penal, no existe una normativa jurídica específica que regule el ingreso, tratamiento y posterior salida de este tipo de personas a las instituciones psiquiátricas. Solamente se rigen por normas reglamentarias que establece cada institución de acuerdo con sus propias especificidades. En el caso venezolano, las disposiciones legales referidas a los alienados están presentes en diferentes instrumentos (Códigos, Reglamentos) y no se ha conformado una normativa jurídica que integre de manera global lo referido a la situación de los alienados, a diferencia de lo que sucedió en Francia con la Ley sobre los Alienados del 30 de junio de 1838 o la Community Mental Health Center and Retraction Act de 1963 en los Estados Unidos. Ya en 1962 el Dr. Ávila Girón reseñaba este vacío jurídico. *“No hay propiamente en Venezuela lo que pueda denominarse una Legislación Psiquiátrica Codificada, formado un solo cuerpo, pero sí existen repartidos en los diferentes Códigos, normas relativas a distintos aspectos de la Psiquiatría”* (Ávila, 1962, 1).

Ésta es la situación de la Legislación Psiquiátrica en Venezuela. Grimaldi llega a las mismas conclusiones:

*“Analizado el estudio del enfermo mental en nuestro ordenamiento jurídico, llegamos a la conclusión de que urge una revisión a fondo de las disposiciones civiles sobre protección de los enfermos mentales, originadas hace más de un siglo (1873), sobre todo en el campo de la psiquiatría y la psicología que ha sufrido una verdadera revolución en las últimas décadas. Si bien nuestras observaciones se limitan al aspecto jurídico y es cierto que contamos con la protección legal de la persona y del patrimonio del enfermo mental, ella no resulta acorde con las nuevas tendencias. No debemos olvidar que un doble interés social informa esta problemática; por una parte, el que la sociedad tiene en la salud de sus componentes; y por la otra, el legítimo interés de defensa de la colectividad frente a los per-*

*juicios, de toda índole, que los individuos afectados por perturbaciones mentales puedan causarles” (Grimaldi, 19).*

Actualmente se encuentra para su discusión en la Asamblea Nacional un Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud que establece en sus Disposiciones Finales la necesidad del Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de elaborar, en un lapso no mayor de 12 meses luego de la promulgación de la presente Ley, un Proyecto de Ley de Salud Mental y Atención Integral a las Personas con Trastornos Mentales con el fin de restringir las iniquidades a las que están sometidas estas personas.

Luego de haber analizado lo referente a la Normativa Jurídica Alienista en Venezuela, se hace necesario proceder a la consideración de la otra instancia que contribuyó a la consolidación de este nuevo saber poderoso, como lo fue el **Establecimiento de Sistemas de Aprendizaje**. Es importante destacar que con base en la noción de saber (Foucault) lo significativo en este punto no es el constituir únicamente la lógica disciplinar o lógica de la especialización de la Psiquiatría, sino el analizar el *proceso de disciplinarización de una ciencia*. (Mucchielli). Este *proceso de disciplinarización de una ciencia* plantea el hecho de que cualquier conocimiento científico debe ser considerado como “*un objeto y un problema histórico*” (Mucchielli, 2000, 43). En otras palabras, es reconstruir la disciplina de la Psiquiatría desde una perspectiva genealógica.

En este sentido, uno de los aspectos que se debe abordar se refiere al conjunto de normas y procesos científicos relativos a la constitución de un objeto de estudio determinado o disciplina como lo es la Psiquiatría, y cuya máxima expresión lo constituye su aparición y consolidación en una institución distintiva como lo es la Universidad, en dos niveles:

- a.- En cuanto conocimiento especializado perteneciente a un objeto de estudio (Medicina).
- b.- En cuanto conocimiento específico perteneciente a un objeto de estudio (Psiquiatría).

Los primeros intentos de esta doble articulación nacen en el proceso de medicalización de la locura que se originó en Europa y se extendió por

todo el mundo, el cual estableció una vinculación determinante entre la Medicina y la Psiquiatría. De allí que cualquier referencia a la conformación del proceso de disciplinarización de la Psiquiatría pasa necesariamente por considerarlo en el marco de la teoría y práctica científica de la Medicina, así como en la estructura curricular que se imparte en las Universidades.

A finales del siglo XVIII en Europa, la Medicina se había apropiado de ciertas prácticas vinculadas a la locura así como la definición de un nuevo estatuto jurídico, social y civil. Tal proceso ocurre de manera inversa (primero legal, luego médico) en Venezuela. El elemento común y determinante de esta situación lo constituye el internamiento en un establecimiento especial. Por otra parte, a pesar de que existe un juicio moral sobre el origen y desarrollo de la locura, éste es poco significativo y cede el paso mucho tiempo después al tratamiento de una manera científica, bajo la tutela de la Medicina. Inicialmente, se unen la medicina y el castigo como terapia, catalogando la enfermedad como impureza y estando la percepción médica subordinada a una intención ética. Si bien la vinculación entre medicina y moral es antigua (medicina griega) por primera vez se institucionaliza y se materializa en un espacio donde coexisten represión, coacción y obligación de salvarse, en el cual el racionalismo vinculó de manera expresa la medicina y la moral, el remedio y el castigo.

Según estas consideraciones, y refiriéndonos al primer aparte (Especialidad Médica), durante este período se evidencia una abundante producción científica, a diferencia de los limitados trabajos reseñados en el capítulo anterior, referida al tema de la locura desde una concepción organicista, influenciados por la importante obra de Vargas.

El Dr. Gerónimo Blanco divulga sus *Lecciones de Medicina Legal* en 1881 donde describe “*las enfermedades mentales que ajusta a las ideas del credo vitalista, reinante por entonces en nuestro ambiente médico filosófico*” (Álvarez, 2005, 122). Ese mismo año, el Dr. Manuel María Ponte informa en la Gaceta Científica de Caracas (año IV, N° 2) la historia de una paciente histero-epiléptica después de haberle extirpado el útero. En estas mismas fechas, los Dres. Adolfo Frydensberg hijo y Alfredo Machado discuten a través de medios impresos acerca de sus divergencias en cuanto a un caso de histero-catalepsia de una niña. En 1893, el Dr. Lisandro Al-

varado publica en *El Cojo Ilustrado* su ensayo sobre las *Neurosis de los hombres célebres de Venezuela* inspirado “en las doctrinas de Moreau de Tours y de César Lombroso, en auge para la fecha en el país” (Álvarez, 2005,122). Esta abundante producción teórica se incrementó sustancialmente en los años posteriores y coadyuvó a la delimitación de este nuevo objeto de estudio.

Otro hecho significativo en este mismo orden de ideas lo constituyó la conformación de organizaciones profesionales, en este caso, sociedades científicas. Si bien es cierto que los estudios de Medicina se habían iniciado en Venezuela desde el Protomedicato de 1777 y reformulado a partir del nacimiento de la Universidad Central de Venezuela en 1827 no es sino hasta entrado el nuevo siglo cuando logra consolidarse en cuanto cuerpo colegiado. González señala las causas que a su entender incidieron en esta contingencia:

*“No fue algo sencillo la creación de la Academia Nacional de Medicina (...) Por una parte, es evidente que las circunstancias propias de la incipiente vida republicana, con todo lo que ello involucró en cuanto a inestabilidad política y deficiente uso de la imprenta para la aparición de las revistas, fueron absolutamente desfavorables durante el siglo XIX para lograr la consolidación de las Sociedades Científicas. Por otra parte, la creación de una Academia, sensu stricto, es impensable si no hay previamente una buena estructura universitaria, que es su raíz natural”* (Citado por Puigbó, 2004, 11).

El 13 de marzo de 1893 nace la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, producto entre otros factores de la presencia simultánea en 1892 de varios jóvenes médicos venezolanos prácticamente recién graduados en estudios de perfeccionamiento en institutos europeos, particularmente en París. Este hecho posibilitó sintonizar las tendencias más avanzadas de la medicina de la época con las necesidades de este campo del saber en nuestro país. En su mayoría se habían graduado entre 1882 y 1888, lo cual implicaba un cierto grado de homogeneidad generacional.<sup>8</sup> Un mes

8 Entre esos jóvenes se puede mencionar a Santos Aníbal Dominici, Pablo Acosta Ortiz, Rafael Garbiras, José Manuel Prato, José Antonio Baldó, Eliseo Borjas León, Manuel Díaz Rodríguez, Emilio Conde Flores, Valentín Osío y Luis Razetti.

después, el 15 de abril de 1893, se edita por vez primera su órgano divulgativo, la Gaceta Médica de Caracas, la cual recoge en sus publicaciones iniciales dos artículos del Dr. Carreyó Luces referidos a su especialidad: *Desórdenes oculares en la ataxia, esclerosis en placas y la histeria y De la ambliopía alcohólica*.

Luego de algunos cambios institucionales, según ley de la República del 10 de mayo de 1902 se creó el Colegio de Médicos de Venezuela. Dos años más tarde, se convirtió en la Academia Nacional de Medicina, la cual fue fundada el 11 de junio de 1904, durante el gobierno del general Cipriano Castro. Para ese año inaugural sólo existían dos Academias más: de la Lengua, fundada por el presidente Antonio Guzmán Blanco, y la de Historia, fundada por el presidente Juan Pablo Rojas Paúl, lo que evidencia el reconocimiento oficial a estas profesiones.

En ese período de dos años, al interior del Colegio de Médicos se discutieron una serie de trabajos científicos entre los cuales cabe destacar el presentado por el Dr. Pablo Eugenio Lugo con el título de *Sífilis Cerebral* y el expuesto por el Dr. Rafael Medina Jiménez el 2 de julio de 1903 titulado *Necesidad de implantar en Venezuela el estudio de la psiquiatría*, que le serviría para cumplir con el requisito exigido para entrar a formar parte como miembro de ese gremio, y que evidencia la importancia de conformar un sistema de aprendizaje sobre esta temática. Álvarez señala entre los temas tratados en esa ponencia la significación de la psicosis a través del tiempo, los sufrimientos de los enajenados, la posible vinculación de esta enfermedad con el sistema nervioso, los nuevos medios terapéuticos (laborterapia, psicoterapia, etc.), la necesidad de construcciones adecuadas y su rechazo a los métodos de fuerza como parte del tratamiento. Ese mismo año, el Dr. Razetti dicta una conferencia en el Hospital Vargas sobre *El tratamiento quirúrgico de la epilepsia traumática*.

Puigbó caracteriza la historia de la medicina en la Venezuela de la primera mitad del siglo XX de la siguiente manera:

*“La patología dominante en esa época era la infecciosa y la eficacia terapéutica muy limitada. Se establecieron en el país: las bases de la medicina apoyadas en la historia clínica, la observación y la exploración rigurosa del enfermo; surgieron las clínicas, médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica, así como*

*se establecieron las cátedras universitarias respectivas y fueron surgiendo en forma progresiva las diferentes especialidades (...) En su gran mayoría, el saber médico provenía de Francia (...) Se trasegaba el saber médico de Europa hacia nuestro país por un proceso de transculturación. Además de la clínica, se introducía en el país el uso de los Rayos X (...) También se había introducido... la aplicación de radiaciones ionizantes para el tratamiento oncológico. El pensamiento etiológico basado en el estudio bacteriológico y parasitológico, el conocimiento histológico, que es un complemento y extensión del método anatomoclínico, y el fisiológico con su apoyo en el método experimental, había sido introducido a finales del siglo XIX (...) La anatomía patológica (...) ve alcanzar su pleno desarrollo (...) La investigación científica había sido iniciada con gran éxito en el campo de la patología tropical (...) La salud pública, como disciplina, emerge en 1919 (...) Puede decirse que en este primer período, se habían asentado las bases de la medicina en el país que se caracterizaba por el enfoque etiológico, la aplicación del método anatomoclínico y la interpretación fisiopatológica de la enfermedad. Es sólo a partir de la década de los años treinta cuando se produce con el descubrimiento de los antibióticos (...) y específicamente de la penicilina en 1928, y de las sulfamidas (...) en 1932, una revolución terapéutica y empieza a ganarse la lucha contra las enfermedades infecciosas. En nuestro país, como en la mayor parte del mundo, las enfermedades infecciosas constituían la primera causa de muerte para esa época” (Puigbó, 2004, 2-3).*

**En lo que respecta a la psiquiatría,** además de las primeras publicaciones antes citadas, los inicios de este siglo se caracterizaron por una cuantiosa producción intelectual ya que en 1904 “finaliza su carrera de estudios un inteligente grupo de cursantes de medicina y, entre ellos, consagran algunos sus tesis doctorales al estudio y exposición de palpitantes puntos científicos en estrecha conexión con los problemas psiquiátricos” (Álvarez, 2004, 126). De estos trabajos se pueden destacar el del Dr. Julio de Armas “El alcohol y el alcoholismo en Caracas. Sus consecuencias”,

Dr. M. Castillo Amengual “*La enfermedad de Beard y su tratamiento*”, Dr. Jesús M. Peña “*Consideraciones sobre la psiconeurosis*” y la del Dr. Jesús Semprún “*Paranoia Persecutoria*” (1905).

Mención especial merece el trabajo del Dr. González Rincones que, residenciado en Europa, específicamente en París, da a conocer en 1908 sus primeros trabajos titulados *Notas del Hospicio y Aplicación de medios modernos al estudio de la locura*. En 1910 describe dos casos de parálisis general progresiva en el cual plantea, entre otros aspectos, el cambio de la denominación de locura o loco por enfermedad mental o enfermo mental, diferenciándolo del alienado por ser éste el que está recluido en un establecimiento especial, planteamiento hecho por primera vez en el campo médico venezolano y fuertemente influenciado por la ley francesa de 1838.

### **El dominio psiquiátrico**

En 1924 es nombrado el Dr. J. F. Torrealba al frente del Asilo para Enajenados de Caracas y plantea una reforma a la asistencia psiquiátrica ya que “*se abrieron las puertas, se abolió la cadena, se establecieron los diagnósticos psiquiátricos, se mejoró la asistencia general, se llevó gran cuidado en el uso de los estupefacientes y drogas heroicas, etc., etc., es decir, se sintió la necesidad urgentísima del advenimiento de una labor pineliana*” (Álvarez, 2005, 298).<sup>9</sup>

**A pesar de que el primer Asilo para Enajenados fue creado en 1876, es solamente en 1924 cuando se comienza a implementar una teoría y práctica específicamente psiquiátrica para el tratamiento de los enfermos mentales bajo el influjo de las teorías y prácticas europocéntricas como resultado del proceso de profesionalización específica que, como se señaló anteriormente, se inició en 1904. De hecho, para esta fecha todos los Directores que habían estado al frente de estas instituciones eran internistas generales. Con base en estas circunstancias, es que se hace posible considerar la existencia de un tercer momento en este período de secularización de la locura que se va a caracterizar por el hecho de que ahora un saber médico pero especia-**

9 Además de Pinel, las obras de Régis, los Tratados de Medicina de Bouchard, Charcot, Brisaud, las lecciones de Psiquiatría de Kraepelin, la Psiquiatría del Médico Práctico de Dide & Giraud, el Tratado de Terapéutica Práctica de Albert Robin, la Psiquiatría de Sergent, Ribadeau, Dumas y Baroneix, Th. Simon, Barbé, Freud, André –Thomas entre otros se constituyeron en la fundamentación teórica que guiaba la observación y el estudio de estos enfermos para la época.



**lizado va a dictaminar las pautas del nuevo saber hegemónico sobre la locura. Ahora la locura (secularizada) no se circunscribe solo a su medicalización, sino que ahora se psiquiatriza. Por ello este nivel se ha denominado de Psiquiatrización de la Locura.**

Como consecuencia de esa nueva orientación, surge la necesidad de la constitución de un conjunto de conocimientos específicos para enfrentar la temática de la locura. Es así como en el año 1935 aparece reseñado en la revista de la Sociedad de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central el dictado de un curso de Psiquiatría Elemental, la cual se constituye en una evidencia importante acerca de la enseñanza de la psiquiatría en Venezuela. Según afirma Matute, éste se constituye en el primer curso sobre esta temática dictado en el país, evidenciando la inquietud y preocupación de un grupo de estudiantes de la carrera de Medicina por esta problemática. Como se señaló anteriormente, al igual que en otras instituciones educativas universitarias, tanto a nivel latinoamericano como mundial, los inicios de la enseñanza de la psiquiatría se encuentran fuertemente vinculados al desarrollo de la teoría y práctica científica de la Medicina. Dicho curso fue organizado por el Dr. Rafael Lorenzo Araujo, cuyo programa estaba conformado por un ciclo de siete (7) conferencias semanales en las cuales se tocaron los siguientes temas:

- 1.- La personalidad psíquica y su disolución mórbida, dictada por el Dr. Rafael Lorenzo Araujo.
- 2.- Idiotéz, Imbecilidad, Debilidad Mental, dictada por el Dr. Francisco Herrera Guerrero.
- 3.- Manías, Melancolías, dictada por el Dr. H. Álamo Gutiérrez.
- 4.- Demencia Precoz, dictada por el Dr. Francisco Herrera Guerrero.
- 5.- Trastornos mentales de los epilépticos, dictada por el Dr. Rafael Lorenzo Araujo.
- 6.- Trastornos mentales en los intoxicados, dictada por el Dr. Rafael Lorenzo Araujo.
- 7.- Parálisis general, dictada por el Dr. Francisco Herrera Guerrero.

La presentación de este ciclo de conferencias estaba acompañada por la exposición de enfermos y se realizaron, en su mayoría, en el Asilo Nacional de Enajenados. Es importante destacar que las siete conferencias fueron impartidas por tres médicos, lo que evidencia la escasez de este tipo de profesionales para estas fechas.

Cuatro años después de este curso, en 1940, se instaura la cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela a cargo del Dr. Ricardo Álvarez. El Dr. Matute vincula esta situación al entorno socio-político que se vivió en esa época como consecuencia de la caída del régimen dictatorial de Juan Vicente Gómez y el ascenso al poder de Eleazar López Contreras.

*“La sensación de estar viviendo una etapa diferente no sólo se sintió dentro de esta especialidad médica. El país entero estaba ingresando a una fase histórica muy significativa y distinta. Juan Vicente Gómez, quien había gobernado Venezuela dictatorialmente desde el año 1908, había fallecido hacía ya un año (1935) y el presidente sucesor, Eleazar López Contreras, demostraba con claridad sus tendencias y pensamiento democrático. Fue en este mismo contexto y momento histórico cuando regresaron al país una serie de médicos graduados en la Universidad Central de Venezuela, que habían viajado al exterior para seguir estudios de cuarto nivel. De países como Francia, Estados Unidos, Alemania, etc., este grupo de jóvenes trajo no sólo más y mejores conocimientos, sino también nuevas ideas” (Matute, 10).*

Vinculado a este proceso de retorno a Venezuela de un número significativo de profesionales en el área de la medicina, así como también de otros campos del saber como resultado de la caída de la dictadura gomecista y la instauración del régimen democrático que intervino como factor de atracción, el Dr. José Francisco Tinao Martín-Peña argumenta que igualmente es importante considerar la situación que atravesaba España a raíz de la Guerra Civil que provocó el exilio de un importante número de intelectuales principalmente hacia México y Venezuela, perseguidos por la defensa de sus ideales democráticos. Nombres como José Luis Ortega

Durán, José Solanes Vilapreño, Alberto Mateo Alonso, José Miret Monsó, Francisco del Olmo Barrios, Guillermo Pérez Enciso, Ángel Pingarrón Hernández y Jaime Sauret Guasch son solo algunos de los profesionales españoles que llegaron al país en respuesta al proceso de modernización que atravesó Venezuela, para lo cual instauró una política de inmigración selectiva que se expresó tanto en la Ley de Extranjeros como en la Ley de Inmigración y Colonización de 1936.

En ambos instrumentos jurídicos se evidencian los requerimientos y necesidades a los cuales se enfrentó el nuevo gobierno y entre los cuales destaca el problema de enfrentar los efectos de las enfermedades que diezmaban la población. Ya de hecho, en ese mismo año de 1936 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como uno de los dispositivos de política gubernamental para organizar la gestión estatal en el sector salud. Por ello, se permitió el ingreso de profesionales que llevaran adelante un Plan de Higiene Pública, lo que llevó a que estos profesionales se insertaran directamente en el aparato del Estado. Otra área autorizada legalmente a los extranjeros era la Docencia, lo que facilitó su vinculación con el ejercicio académico que recién se instauraba en la Universidad Central. Esta situación de modernización fue posible ya que *“desde la Primera Guerra Mundial, Venezuela había afianzado de forma efectiva la exportación de petróleo, y la sociedad venezolana experimentó un importante proceso de transformación económica y social al disponer de recursos financieros”* (Tinao Martín-Peña, 2005).

Ambos contingentes, tanto de nacionales como de extranjeros, constituyeron el soporte científico y académico que posibilitó el disponer de un conjunto de profesionales necesarios para llevar adelante los inicios de la Psiquiatría en Venezuela. De hecho en el año 1940, además de crearse la cátedra de Psiquiatría, se instala ésta en el Hospital Psiquiátrico de Caracas.

En el programa de estudio de este primer curso de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela se asientan las bases para el desarrollo posterior de esta materia en el resto de las universidades venezolanas. En lo que respecta a la Universidad del Zulia, la enseñanza de la Psiquiatría en la Escuela de Medicina a nivel de Pregrado se inicia en 1954 bajo la modalidad de pasantías de una semana para estu-

diantes de 6° Año en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo a cargo del Dr. Tibaldo Fuenmayor Nava. Las directrices académicas para el momento de su creación y que estaban en correspondencia con los lineamientos de su predecesora en la Universidad Central de Venezuela son expresadas por el Dr. Ramón Ávila Girón:

*“Nuestra Cátedra basa su orientación en el concepto de que el estudiante de Medicina debe adquirir un caudal de conocimientos médico-psicológicos tal que le induzca al aprendizaje de una medicina verdaderamente integral. Considera la Cátedra que el alumno debe lograr un conocimiento de la Patología y la Clínica Psiquiátrica que sea, por lo menos, comparable a lo que aprende de Cardiología, Gastro-enterología o Neumonología. Al graduarse debe estar en condiciones de prestar asistencia médica adecuada a un enfermo con problemas psiquiátricos con la misma eficiencia con que atendería a un paciente con cualquier otra afección. Una idea importante para la Cátedra es ésta: El problema de la asistencia psiquiátrica en Venezuela será menos grave en la medida en que nuestros médicos no psiquiatras sepan y quieran dispensar tratamiento a muchos de los enfermos mentales que de primera intención requieran de sus servicios. Lograr que nuestros alumnos asimilen los conocimientos y la actitud mental necesarios para estos fines es una de las metas primordiales que la Cátedra persigue”* (Ávila, 3).

El programa original estaba conformado por los siguientes temas:

- 1.- Historia Clínica Psiquiátrica.
- 2.- Trastornos provocados por / o asociados a alteraciones en la función del tejido cerebral.
- 3.- Síndromes cerebrales resultantes de la intoxicación por drogas o por venenos.
- 4.- Alcoholismo y psicosis alcohólicas.
- 5.- Trastornos mentales provocados por o asociados a traumatismos craneanos.

- 6.- Síndromes cerebrales asociados a trastornos circulatorios.
- 7.- Síndromes cerebrales agudos asociados a trastornos metabólicos.
- 8.- Trastornos cerebrales crónicos.
- 9.- Trastornos mentales asociados a otras formas de sífilis del sistema nervioso central.
- 10.- Síndromes cerebrales asociados a arteriosclerosis cerebral.
- 11.- Síndromes cerebrales asociados a trastornos convulsivos (Epilepsia).
- 12.- Psicosis seniles.
- 13.- Síndromes cerebrales asociados a trastornos en el metabolismo, en el crecimiento o en la nutrición.
- 14.- Síndrome cerebral crónico asociado a neoplasia intracraneal.
- 15.- Síndromes cerebrales crónicos asociados a enfermedades de causa desconocida o incierta.
- 16.- Debilidad mental.
- 17.- Psicosis involutiva: Depresiva, Paranoide.
- 18.- Psicosis afectivas.
- 19.- Psicosis esquizofrénicas.
- 20.- Paranoia.
- 21.- Trastornos psicofisiológicos viscerales y del sistema nervioso autónomo.
- 22.- Trastornos psiconeuróticos.
- 23.- Trastornos de la personalidad.
- 24.- Adicción a las drogas.
- 25.- Psiquiatría infantil.
- 26.- Tratamiento por choque y por otros agentes físicos.

27.- Psicoterapia.

28.- Terapéutica farmacológica.

Como expresión de este proceso de psiquiatrización de la locura, también se puede mencionar que la tendencia creciente en lo que respecta a la cantidad y calidad de trabajos científicos referidos a esta materia se mantiene y es en el año 1942 cuando el Dr. Ricardo Álvarez publica su libro *La Psiquiatría en Venezuela*, el cual se constituye en el primer documento que recoge de manera metódica y sistemática los distintos acontecimientos vinculados a esta problemática desde sus inicios hasta finales de los años 1930, por lo que se instituye como referencia bibliográfica obligatoria.

Otro hecho de singular valía que se da en este período de psiquiatrización de la locura lo constituye la creación y consolidación de organizaciones profesionales, de carácter civil, vinculadas específicamente a la Psiquiatría (ya no al saber médico en general como se explicó en páginas anteriores) como lo fue el nacimiento de la Liga de Higiene Mental en 1941 y de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología en 1942. Para ello, ya se contaba en Venezuela con un número importante de profesionales especializados en esta área: cuarenta (40) psiquiatras y un neurólogo.

La Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología en sus primeros años tuvo que enfrentar los retos propios de una institución naciente pero también se vio afectada por la situación política del país. De hecho, suspende sus actividades desde 1945 al 1948, fechas entre las cuales se dan dos (2) golpes de estado, se elabora una nueva constitución, se realizan las primeras elecciones universales así como el inicio de un nuevo gobierno (Marcos Pérez Jiménez). Es a finales de los años 50 y principios de los 60 cuando se fundaron capítulos en distintas regiones del país: en 1958, fueron creadas las de Maracaibo (Estado Zulia, occidente de Venezuela) y Valencia (Estado Carabobo, centro – norte de Venezuela); en 1963 se constituyen tres nuevas seccionales: una en la zona centro occidental del país, abarcando los Estados Lara, Falcón, Portuguesa y Yaracuy; otra en la región andina conformada por los estados Mérida, Táchira y Trujillo; y la tercera en la región oriental-sur en la cual se organizó la sede co-

respondiente a los estados Bolívar, Amazonas, Monagas, Anzoátegui y Sucre. En 1963, los neurocirujanos crearon su propio gremio, hecho que le permitió el cambio de denominación a la actual Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

**Todo este escenario permite establecer claramente la instauración de un nuevo *saber poderoso* con respecto a la locura que se inicia, en términos generales, en cuanto conocimiento médico y que posteriormente cede su hegemonía a un conocimiento especializado fundamentado en una concepción organicista, influenciada por las corrientes europocéntricas, principalmente francesa. Ahora bien, en Venezuela, este proceso de medicalización de la locura asumió una orientación muy particular. A diferencia de lo que sucedió en Francia, en la cual este proceso de medicalización de la locura se cimentó desde sus inicios en la propuesta y obra de Pinel a partir del *tratamiento moral*, el cual sintetizaba un planteamiento específicamente psiquiátrico, en Venezuela dicho proceso de medicalización se sustentó, en una primera instancia, sobre el conocimiento médico en general y posteriormente, en una segunda instancia, sobre el conocimiento psiquiátrico, en particular ya que este no había podido consolidarse. En otras palabras, en Francia se medicalizó la locura psiquiatrizándola; en Venezuela se medicalizó la locura y luego se psiquiatrizó.**

Este proceso de psiquiatrización de la locura mantiene su tendencia creciente y se profundiza en cuanto *saber poderoso y hegemónico*. En 1959, la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia incorpora la enseñanza de Psicología Médica en esta Cátedra, quedando estipulada en el 3° Año y Patología Psiquiátrica en el 4° Año, asignaturas que complementaban la Clínica Psiquiátrica del 6° Año antes mencionada. Dicho contenido programático se ha ido ajustando a través de sucesivas reformas curriculares y en la última versión aprobada que data de 1999 así como en la nueva propuesta de 2008 (cuya diferencia principal radica entre plan anualizado y plan semestral), se le asigna a la Psiquiatría los mismos contenidos: Asignatura del Área de Formación Profesional Específica, situada a nivel del 5° Año de la carrera prelando con la asignatura Psicología Clínica del 4° Año, con una carga horaria de 4 horas semanales teórico-prácticas, ubicada en el Departamento de Ciencias de la Conducta. Tiene por objeto de

estudio *“Identificar las manifestaciones de las enfermedades psiquiátricas de mayor impacto, relacionando los factores etiológicos, terapéuticos y rehabilitativos. Reconocer la importancia de la Psiquiatría en la comprensión holística del ser humano”* (Universidad del Zulia, 2007, 60).

En lo que respecta al Postgrado, para el año 1949 se inaugura en la misma Universidad Central el primer curso de Postgrado de dos años de duración y el cual se constituye en los primeros estudios de Cuarto Nivel en relación a las distintas especialidades médicas. Sus actividades académicas se realizaron principalmente en el Hospital Psiquiátrico de Caracas aprovechando la cuantía de enfermos allí tratados. En 1961, la Universidad del Zulia inicia su primer curso de Postgrado en Psiquiatría y solo se conocen dos cohortes: la primera, de 1961 a 1964, de donde se licenciaron 11 médicos, y la segunda, de 1966 a 1967, de la cual egresaron 6 médicos. Ambos postgrados poseían similares orientaciones en lo que respecta a sus orientaciones programáticas e igualmente comportan la situación de precedencia con respecto a otras especialidades médicas al igual que en la Universidad Central de Venezuela. En la exposición de motivos presentada ante el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia se reseñan las razones que justificaron la creación de ambos Postgrados:

- “1.- Necesidad de formar Psiquiatras para cubrir los requerimientos urgentes de la población.*
- 2.- Suficiente nivel científico en la Facultad de Medicina para realizarlo.*
- 3.- Teniendo los medios para formar nuestros propios especialistas, era lento y costoso el procedimiento de enviar a los aspirantes hacia otros centros universitarios.*
- 4.- El curso sería buen estímulo para la superación del nivel científico de la especialidad.*
- 5.- Sería de gran motivación para especialistas de otras ramas de la medicina.*
- 6.- El MSAS (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social) proyectaba iniciar planes nacionales en pro de la salud mental y requería especialistas en esta materia.*



7.- *También el MSAS había prometido respaldo económico y estratégico amplio para la realización del Curso.*

8.- *La enseñanza de la Psiquiatría en el pre-médico se beneficiaría notablemente con el Postgrado por cuanto aumentaría el nivel de la Especialidad” (Ávila Girón en XVII Congreso, 1997, 2).*

El Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia es suspendido hasta 1974 cuando se aprueba por el Consejo Universitario de la Universidad del Zulia el cambio a Residencia Docente Universitaria de Psiquiatría, la cual tiene como propósito *“suministrar entrenamiento especializado en psiquiatría a los médicos residentes del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, a objeto de que al término de su período como residentes hayan logrado adquirir los conocimientos suficientes que permitan catalogarlo como especialistas en psiquiatría”* (Universidad del Zulia, 1974, 1).

Entre las causas que motivaron este cambio, la Dra. Nucette señala que *“la formación tradicional de Psiquiatras en las Universidades latinoamericanas y en especial en Venezuela, no ha logrado que el egresado obtenga un perfil integrador que le permita actuar como agente de cambio social. Se hace necesario un replanteamiento de estrategia en los programas académicos a fin de garantizar al Psiquiatra los conocimientos básicos para el estudio, prevención y atención de los trastornos psicológicos que surjan de la interacción del individuo consigo mismo y con su medio”* (Nucette en XVII Congreso, 1997, 81).

El diseño curricular tiene un enfoque holístico y pluridimensional, conformado por cuatro (4) ejes: Básico; Clínico; Heurístico y Ecológico. Su énfasis ahora se localiza en la identificación y resolución de los problemas reales de la población por lo que se privilegia los niveles de atención primaria, secundaria (Hospitales Generales) y de la propia comunidad, sin descartar las prácticas sustentadas en la Patología, con preferencia en el entrenamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y cuyo ámbito de actuación era el Hospital Psiquiátrico.

El programa de esta Residencia Docente actualmente sigue vigente. Tiene una duración de tres años bajo un plan semestralizado, con activi-

dades docentes y asistenciales, funcionando principalmente en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Se atienden pacientes hospitalizados como de consulta externa así como también se participa en programas de psiquiatría comunitaria.

Posteriormente al nacimiento de estos dos Postgrados, el de la Universidad Central de Venezuela y el de la Universidad del Zulia, surgieron otros que consolidaron este proceso de institucionalización de este saber poderoso. El Curso de Postgrado en Psiquiatría del Hospital Centro de Salud Mental del Este “El Peñón” nace en 1963 adscrito al MSAS y en 1986 se traslada al Postgrado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela; el Curso de Postgrado en Psiquiatría del Hospital Militar Carlos Arvelo en 1965; el Curso de Postgrado en Psiquiatría Infantil y Juvenil en el Hospital de Niños J. M. de los Ríos en 1987; el Curso de Postgrado en Psiquiatría del Hospital Universitario de los Andes en 1973, por mencionar algunos, evidencian la dimensión e importancia que ha alcanzado la versión médica del trastorno mental en Venezuela.

**En conclusión, se puede afirmar que este segundo momento de Secularización de la Locura tiene como característica determinante la conformación de un nuevo saber poderoso sobre la enfermedad mental cimentado en los postulados positivistas a partir de la hegemonía del conocimiento médico y que se instaure sobre varios pilares: primero, por vía legal, a través de las nacientes legislaciones de carácter general como reglamentos específicos sobre el alienismo en los cuales se instaure el naciente saber médico generalizado como dominante con respecto a la locura; segundo, de carácter institucional, con el surgimiento de las primeras organizaciones asilares promovidas desde el Estado y también bajo la tutela del médico; y tercero, como campo de teoría y práctica científica, inicialmente en cuanto conocimiento médico en general y posteriormente especializado que culminó en su psiquiatrización.**

De hecho, en un trabajo realizado por el Dr. Luis Alfonso Colmenares y publicado en la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina denominado “*Hitos históricos de las Especialidades Médicas en Venezuela*” se puede constatar el posicionamiento de la Psiquiatría como Especialidad médica. Tal autor parte de definir el *hito histórico* como:

- 1.- El primer caso clínico diagnosticado de una determinada patología comunicado en el país o en una institución médica de carácter público o privado. También se considerarán los trabajos en los cuales se señale la primera casuística de alguna patología poco frecuente (médica o quirúrgica) a nivel nacional o local.
- 2.- El primer procedimiento diagnóstico comunicado en el país.
- 3.- La primera aplicación de un tratamiento médico o procedimiento quirúrgico (original o modificado) comunicado en el país.
- 4.- Cualquier otro hito, a criterio del autor del presente trabajo.

Con base en un análisis histórico-biblio-hemerográfico, constató que la Psiquiatría se situó, en cuantos hitos históricos, en el último lugar de las distintas especialidades médicas en un período que va desde 1903 hasta 1987 a diferencia de otras especialidades (como la Medicina Tropical, Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular, etc.) que en un período similar tuvieron una presencia significativa en sus publicaciones.

### CUADRO N° 1

#### HITOS HISTÓRICOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDAD	PERÍODO	NÚMERO DE HITOS
MEDICINA TROPICAL	1893-2001	163
NEUROCIRUGÍA	1893-2003	40
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	1894-2002	29
OBSTETRICIA	1908-1998	18
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1915-2001	15
CARDIOLOGÍA	1935-2002	13
PSIQUIATRÍA	1903-1987	2

Fuente: Elaboración propia



## **CAPÍTULO 2.- HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN ASILAR: EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARACAIBO**

### **El internamiento como fenómeno europeo**

El siguiente capítulo tratará sobre la génesis y posterior desarrollo del establecimiento asilar en la sociedad venezolana. La importancia de su análisis radica en que desde su nacimiento en Francia a principios del siglo XIX hasta hoy se constituye en la principal institución cuyo fin último apunta hacia la gestión social de la locura.

Al final de la Edad Media el efecto devastador de la lepra sobre el continente europeo comienza a cesar. Además del fuerte impacto en las distintas esferas del todo social, esta enfermedad trajo consigo la construcción o acondicionamiento de un número cuantioso de infraestructuras o leproserías que se establecieron a fin de hacerle frente a esta contingencia. Como señala Foucault, en un censo realizado en Francia por Luis VIII en el siglo XIII se contabilizaron más de 2000 establecimientos; en Inglaterra y Escocia existían alrededor de 220 leproserías y Mateo de París llegó a afirmar la existencia de unas 19000 en toda la cristiandad. Es importante destacar que en estos establecimientos el tratamiento de la lepra se hace bajo la óptica religiosa o moral y no bajo la mirada médica. De hecho en Reims para 1635, cuando ya se había controlado la enfermedad, se efectúa una procesión solemne para dar gracias a Dios por la extinción de ese *castigo divino*.

Al desaparecer la lepra como epidemia y ante la presencia de un número significativamente importante de leproserías por toda Europa, surge la necesidad de controlar y reorganizar estos bienes inmuebles que representan una cuantiosa magnitud económica. Federico I crea la ordenanza del 19 de diciembre de 1543 ordenando un censo e inventario de estos establecimientos; Enrique IV formula el Edicto de 1606, reafirmado en 1612, en donde asigna esos locales especiales para el tratamiento de pobres y soldados.

Con respecto a la locura, se conoce de la existencia durante la Edad Media y el Renacimiento de lugares destinados a los locos, tales como Chatelet de Melam y la Torre de los Locos en Caen (Francia). Además, también existían lugares de peregrinación, como Saint Matheran de Larchart, Besancom, Gheel, etc., que eran financiados por las ciudades. De la misma manera, las cárceles igualmente cumplían la función de destino final de estas personas. Pero la práctica más recurrente como mecanismo para proteger la sociedad de estos ciudadanos que no eran originarios de una ciudad estaba constituida por la expulsión forzosa (embarcándolos en navíos).

El tema de la locura pasa a ocupar el lugar predominante que poseía la muerte (peste, lepra) a nivel societal. La aparición de esta temática en distintos campos artísticos se hace recurrente y de hecho el Simbolismo Gótico expresa esta tendencia. Algunas obras de Goya, El Bosco, Durero, etc., reflejan esta preocupación. En el campo literario aparece como tema en 1586 con la obra de Gazoni *L'ospédale de Passi incurabili*.

En el siglo XVII en Europa se pasa del embarque de los locos o del destierro a su *gran encierro*. Se crean grandes internados que se fundamentan en formas arbitrarias de detención ante la falta de definición de un estatuto jurídico regulador; así como también el hecho de ser reclusos en el mismo espacio distintas categorías de individuos, tales como locos, pobres, ladrones, insensatos, desocupados, etc.

El 27 de abril de 1656 por un edicto real se crea el Hospital General de París. Nace no como un establecimiento médico, sino como una estructura semijurídica, una entidad administrativa con poderes constituidos. Bajo su jurisdicción se encuentran sometidos diversos establecimientos ya existentes (Salpêtrière, Bicêtre, etc.) e internan a todo tipo de individuos. Sus directores tenían el poder de decidir cualquier aspecto en el interior del hospital así como en toda la ciudad quiénes caen bajo sus dominios. Foucault señala que su "*soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hospital General es un extraño poder que el Rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la Represión*" (Foucault, 1991, 82).

Esta nueva institución no tiene vinculación con ninguna idea médica. Es una institución del orden monárquico y burgués que se organiza en Francia en esta época asociando el poder real con la autoridad de un gobierno civil, de carácter totalmente secular, fuera del dominio del poder eclesiástico y en la cual la burguesía asume el control. Uno de sus objetivos es impedir que la mendicidad y ociosidad se constituyan en fuente de desórdenes. Ahora con el internamiento se sustituyen las medidas de exclusión (propias de los inicios del tratamiento de la locura) por una medida de encierro, en la cual el desocupado no será expulsado ni castigado, sino va a ser sostenido con dinero de la Nación a costa de la pérdida de su libertad individual. De esta forma se crea un nuevo sistema de obligaciones: derecho a ser alimentado a costa de la privación física y moral.

El 16 de junio de 1676 se implementa un nuevo edicto real que ordena constituir hospitales generales en todo el Reino. A pesar de existir con anterioridad algunos establecimientos que se dedicaban a fines caritativos, como los ubicados en las ciudades de Lyon para 1612 y de Tonis en 1676, a partir de este Edicto se extiende por toda Francia. Por otra parte y ante esta situación, la Iglesia plantea una reformulación de las instituciones dedicadas a tales fines y redistribuye sus bienes.

En este sentido, las nuevas casas de internamiento van a funcionar en las antiguas leproserías, independientemente de su origen religioso o secular. Foucault señala que *“el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria sumado a la hospitalidad cristiana, el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar”* (Foucault, 1991, 86) van a ser las nuevas orientaciones que van a guiar el internamiento. Si bien la segregación de los leprosos fue una invención de la Edad Media, el internamiento es una invención del Clasicismo, pasando los locos a ser los nuevos personajes europeos, desplazando a los leprosos.

Por ello, Foucault afirma que *“el fenómeno (del internamiento) tiene dimensiones europeas”* (Foucault, 1991, 87). En Alemania, surge en Hamburgo en el año 1620, y para la segunda mitad de ese mismo siglo se establece en Basilea (1667), Breslan (1668), expandiéndose vertiginosamente en el próximo siglo. En Inglaterra, con el Acta de 1575 se crean los Bridwells (que no llegan a tener mucho impacto) a la vez que se autoriza

la participación de la iniciativa privada para abrir hospitales y correccionales. Para la segunda mitad del siglo XVII, el Acta de 1670 crea los Workhouse naciendo el primero en 1697 en Bristol, en 1703 en Worcester y Dublín, creciendo significativamente luego al resto del país. La Gilbert's Act de 1792 posibilita a las parroquias la instauración de workhouse. En estos internados se mezclan distintos actores sociales: mendigos, vagos, locos, condenados del derecho común, etc. Ahora, las ciudades y los estados sustituyen a la Iglesia en las labores de asistencia, para lo cual surge la necesidad de obtener fondos para su funcionamiento (Lubeck, 1601, Poor Rate en Inglaterra).

La Reforma Protestante también juega un papel importante en este proceso. Esta Reforma plantea una nueva concepción moral de la miseria y por ende una nueva forma de sensibilidad. Ahora la miseria es un efecto del desorden y un obstáculo al orden, por lo que no hay que aliviarla sino suprimirla. Por otro lado, la Iglesia Católica emprende tardíamente estos cambios a partir del Concilio de Trento. Además de su doctrina tradicional intenta ser útil a los Estados en esta tarea, lo que genera ciertas dificultades que finalmente son resueltas a favor de éstos (Luis XV) y en detrimento de la misma Iglesia.

De esta manera, la miseria se seculariza y será atendida por el orden y la previsión de los Estados. Nace así una nueva sensibilidad que ya deja de ser religiosa para ser social. Ahora la locura ya no va a ser más considerada un legado del otro mundo, sino un problema de policía, concerniente al orden de los individuos en la sociedad. En este momento, el internamiento se constituye en una medida que pone fuera de circulación a los individuos indeseables, como medida de saneamiento, respondiendo más a una exigencia "policial" que a la preocupación por su curación, orientada por un imperativo laboral y condenando la ociosidad.

¿Cuál es el fundamento estructural de esta serie de cambios? Foucault señala lo siguiente: *"En toda Europa, la internación tiene el mismo sentido por lo menos al principio. Es una de las respuestas dadas por el siglo XVII a una crisis económica que afecta al mundo occidental en conjunto: descenso de salarios, desempleo, escasez de la moneda"* (Foucault, 1991, 105); en síntesis, el aumento de la pobreza. Ante este escenario, el internamiento va a cumplir una función de represión: perseguir y encerrar a los



pobres. Fuera de la época de crisis, el confinamiento adquiere otro sentido. Además de la represión proporciona mano de obra barata.

Bajo esta perspectiva, los internados, además de cumplir una función social de reabsorción de los ociosos y protección contra la agitación y los motines, también cumplen una función económica al actuar sobre el mercado de mano de obra y los precios de la producción. De hecho, las primeras casas de internamiento que aparecen en Europa lo hacen en las ciudades más industrializadas: Worcester, Norwick, Bristol en Inglaterra; Hamburgo en Alemania; Lyon y París en Francia. Inicialmente trataron de enfrentar la mendicidad sin fines económicos pero posteriormente surgieron intentos como el de Colbert por darles un alcance económico.

Foucault afirma que los internados no cumplieron esa función económica de una manera eficaz al tratar de reabsorber el empleo y controlar los precios: por una parte, al absorber el empleo en algunas zonas se aumentaba el desempleo en zonas vecinas; por otra parte, con respecto a los precios la producción era de carácter marginal por lo que era difícil establecer una relación entre precios de costo y precios de mercado.

El verdadero impacto de los internados, para Foucault, se dio en el hecho de generar una **conciencia ética del trabajo**, estableciendo una relación excluyente entre el trabajo y la pobreza u ociosidad (valores presentes en la Edad Media). Antes del Renacimiento, la locura está ligada a la presencia de trascendencias imaginarias. En la Edad Clásica, la locura va a ser percibida a través de una condenación ética de la ociosidad y dentro de una inmanencia social garantizada por la comunidad del trabajo. Así, los internados más que instituciones económicas se constituyen en instituciones morales. Por primera vez se instauran establecimientos de moralidad donde se logra una síntesis de obligación moral (que deja de ser eclesiástica) y ley civil, dando paso a una nueva ética: la ética burguesa. De esta manera, instituciones existentes al interior de la Monarquía Absoluta se reformulan para responder a la nueva moral burguesa. El orden social ya no responde a la religión sino que es un problema policial. Ahora *“el orden del Estado no tolera los desórdenes del corazón... la moral es administrada por el comercio o la economía”* (Foucault, 1991, 119).

En este sentido, ahora la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza como incapacidad para trabajar, como imposibilidad de in-

tegrarse al grupo y en donde los internados pasan a ser el equivalente civil de las casas de confinamiento religiosas, como creación institucional propia del siglo XVII, distinto al encarcelamiento o confinamiento de la Edad Media. Su nueva función va a ser de mecanismo social que permita eliminar los elementos nocivos a la sociedad a partir de la eliminación espontánea de los asociales; así como también actuará como dispositivo que permitirá homogeneizar e igualar lo que es diverso y heterogéneo (indigentes, vagabundos, mendigos) para organizar mejor la sociedad. Los internados así replanteados van a permitir una nueva organización del mundo ético y nuevas normas de integración social.

Según Castel, este cambio en el análisis del tratamiento de la locura es posible en virtud de diversos factores. En primer lugar, el contexto político de derrumbe del Absolutismo y del advenimiento del legalismo producto de la ruptura de un equilibrio tradicional de poderes y el desmoronamiento del antiguo fundamento de la legitimidad política para el internamiento a partir de la abolición de las "*lettres de cachet*" en marzo de 1790 por parte de la Asamblea Constituyente. Este mecanismo era el más importante para internar a los indeseados y su naturaleza era monárquica. En segundo lugar, se plantea un nuevo tipo de relaciones sociales al surgir nuevos agentes: Fiscales y Jueces, Administraciones Locales, Médicos, etc. En tercer lugar, en 1838, por primera vez, de la atribución de loco pasó al estatuto de enfermo, por lo que la gestión se diferenciará de otras categorías sociales (vagabundos, inmorales, etc.). En cuarto lugar, la constitución de una nueva estructura institucional, al revalorizar los antiguos hospitales, los cuales habían funcionado como dispositivos de control de la Monarquía y la Iglesia.

Los responsables del secuestro de los insensatos hasta finales del siglo XVIII eran el Poder Judicial (internamiento por incapacitación) y el Poder Monárquico (*lettres de cachet* por solicitud de autoridad pública o familiar). Se caracterizaban por ser procedimientos complejos, mal unificados, que generaban conflictos de competencias que no eran cuestionados porque se resolvían a favor del poder monárquico. Esta situación generó un equilibrio entre tres poderes: Monárquico, Judicial y Familiar. A partir de 1770 se empieza a criticar esta trilogía de poderes, específicamente las *lettres de cachet*, orientándose al predominio de prácticas judiciales de secuestro por encima de la jurisdicción monárquica.

Este hecho plantea lo que Castel denomina tres *centros de fragmentación*:

- 1.- Dualidad de las instancias responsables del secuestro, antagonismo que no es conflictivo en virtud de dirimirse siempre a favor de la autoridad de los reyes.
- 2.- Diversidad de géneros en los establecimientos en los que se secuestra a los perturbados (fundaciones religiosas, prisiones de Estado, hospitales generales, pensiones llevadas por seglares), diferenciándose el agente que establece su control (público o privado).
- 3.- Dualidad en la superficie de emergencia de la locura: Familiar, en la cual funciona la represión privada, y Social, por lo que se constituye en un problema de orden social.

No es sino a partir de la Ley del 30 de junio de 1838 cuando se establece la primera medida legislativa que reconoce un derecho a la asistencia y a los cuidados a una categoría de indigentes o enfermos, estableciendo un dispositivo completo de auxilio con la reformulación de un espacio institucional existente: los manicomios. Es a partir de este momento cuando se diluyen estos tres centros de fragmentación y se establece un nuevo dispositivo y procedimiento único para enfrentar el problema de la locura. Este nuevo aparataje jurídico se perfiló más a legitimar el tratamiento de la locura que a justificar un cambio en sus prácticas. En otras palabras, no se trata de suprimir el conjunto de prácticas represivas existentes sino de legitimarlas según un nuevo estatuto para no ser arbitrarias, siendo la noción del contrato social su nuevo fundamento. Esta situación es expresión del paso de una sociedad legitimada por el poder real a una sociedad contractual para lograr el equilibrio de poderes. Esta noción del contrato establece una relación muy estrecha entre los deberes y los derechos de los ciudadanos del nuevo orden social burgués, en la cual no tienen cabida los locos. A pesar de no tener una preeminencia social como la mendicidad y otras problemáticas sociales, se hace necesario, por lo tanto, instaurar un nuevo estatuto de tutela amparado en su medicalización, que posibilite reconocerlos como sujetos de derechos y, por ende, sometidos a la ley para lograr su inserción social.

En este sentido, es importante diferenciar bajo la nueva relación social contractual el tratamiento que se le va a dar al alienado diferenciándolo de otros agentes sociales tales como el delincuente, el niño, el mendigo y el proletario.

Con respecto al delincuente, el alienado no posee un vínculo racional ni legal que relacione la trasgresión con la represión. El delincuente ejecuta un acto que es sancionado por las leyes y por lo cual es recluido amparado en un procedimiento jurídico; por su parte el loco es internado para evitar que ejecute un acto lesivo por un procedimiento médico. Por lo tanto, no puede ser sancionado pero sí tratado (sanción enmascarada) y su justificación es otorgada por la racionalización terapéutica. Funciona de esta manera la nueva relación contractual. En lo que respecta al niño, este se encuentra jurídicamente bajo la tutela familiar y se definen los mecanismos para establecerle un tutor. Por su parte, el alienado no posee un tutor legalmente establecido, pasando el médico a ocupar este lugar e incorporándolo a la dinámica familiar del alienado. En referencia a los mendigos y vagos, su tratamiento va a estar sujeto a la organización de las ayudas públicas, sin carácter obligatorio (justicia) en función de sus méritos o del carácter lastimoso de su infortunio. Finalmente, el proletario pasa a considerarse un sujeto de derecho, basado en la ficción de la igualdad y como dueño de su propio destino, versión esta que oculta la necesidad del pauperismo como condición estructural del capitalismo.

Con base en estas comparaciones, la asistencia a la locura parte de una lógica contractual muy particular, en la cual se establece una doble percepción contradictoria: por una parte, una figura generalizada de asociabilidad, ya que existe la posibilidad de atentar contra el orden social; y por la otra, una figura de lástima como consecuencia de la pérdida de la razón. Esto conduce a la imposibilidad de aplicar la racionalidad de la sanción así como la de participar en el proceso de producción y adquisición. Esta nueva lógica contractual instaaura una situación que no es de reciprocidad formal, sino de subordinación reglamentada marcada por la medicina mental según la benevolencia o filantropía que se despliega como una relación institucional de dominación, en la cual falta uno de los polos de la reciprocidad. Ante la incapacidad de entrar en un sistema de reciprocidad (contrato) que lo define irresponsable y exige

su asistencia, se establece un vínculo *sui generis* de tutela como matriz de esta política de asistencia, que llega incluso a justificar el uso de la violencia para bien de los sometidos. Foucault afirma que ahora “*la piedad es el homólogo de la ley, su metáfora, su suplemento*” (1991, 53).

De acuerdo con estas premisas, Foucault afirma que en Europa la transferencia a la medicina de la locura se da como último recurso luego que otras instancias más tradicionales (como la justicia, la administración pública y la familia) fracasaron en cumplir el papel de mantener el orden social con base en el control y dominación de estos actores sociales emergentes.

La Administración Pública se había convertido en la instancia encargada de la tarea práctica del secuestro de los alienados y su actuación era rápida, discreta y prudente, pero se hacía necesario legislar sobre su funcionamiento para darle legalidad. De no ser así, era posible retornar a una nueva versión de las *lettres de cachet* y por ende violentar los recién instaurados derechos del hombre y del ciudadano en lo concerniente al arresto o reclusión (fundamento jurídico del nuevo orden social). La familia como responsable del control de los actos del perturbado no logró cumplir tal objetivo de control social. A pesar de fundamentar su actuación en un soporte jurídico, ya que los parientes eran responsables de sus hechos y además tenían la posibilidad de solicitar por ley su incapacitación, su campo de actuación para contener la locura es reducido, remitido a la patología doméstica, y por lo tanto imposibilitado de actuar en el ámbito social. Por otra parte, el proceso de incapacitación establecido por la ley era frecuentemente inaplicable y cuando se realizaba era tardío. En lo concerniente a la justicia, esta instancia no pudo cumplir esa función en virtud de su lentitud, que contrastaba con la rapidez de la gestión administrativa, y el hecho de no consolidar el destino social del alienado.

De todo lo anterior se desprende la importancia que va a jugar la medicina en el nuevo contexto. En el antiguo régimen, se dieron eventos que demuestran este proceso de medicalización de la locura. En vísperas de la Revolución Francesa, se da un reconocimiento social al médico en el tratamiento de la locura tanto en su papel de Experto como de Especialista. En 1785, se crea la Inspección General de Hospitales y Prisiones del Reino dirigida por Colombier y Doublet, cuya tarea inicial es elaborar un informe sobre la situación de los dementes, constituyéndose en el primer reconoci-

miento oficial del Poder Central. En tal informe, se plantea la necesidad de la asistencia a los alienados y de su tratamiento médico a partir de su reconocimiento como enfermo y de la necesidad de reordenar su encierro, es decir, la creación de un espacio aparte de los demás y que a su vez esté subdividido en función de los comportamientos patológicos (planteamiento que retomará más tarde Pinel). Esto implicaba sacar a los alienados de las cárceles en las cuales estaban reclusos y enviarlos a las casas de mendicidad.

En 1785, Tenon es encargado por mandato real para reformar el Hotel Dieu de París, el cual era fuertemente cuestionado. Elabora un informe en el cual propone la creación de un establecimiento en Saint-Anne donde se tratará en un sitio especial a los alienados, lo cual no llega a feliz término por la Revolución Francesa. Con posterioridad preside el Comité de Ayudas Públicas (antes Comité de Mendicidad) que propone la apertura en París de dos establecimientos especiales para locos. Estos establecimientos recogían la idea del esquema del gran encierro y permitían vincular la filantropía con la medicina. De esta manera surge Saint-Luc como el primero de los establecimientos especiales.

De esta forma, los hospitales se constituyen, al igual que las cárceles, en los últimos dispositivos de lucha contra los riesgos sociales de la enfermedad y la miseria, las cuales no logran canalizar totalmente. Sus orígenes devienen de 1545, de los *Grand bureau des pauvres* que habían proliferado por todas las parroquias y cuya intención final era secularizar la asistencia pero caracterizándose por su mal funcionamiento. Los nuevos hospitales mantienen ese rol de salvaguarda del orden público fundamentándose más en la represión que en la asistencia. La especificidad institucional del hospital como medio terapéutico no existe a mediados del siglo XVIII ni siquiera para los verdaderos enfermos, y coexiste con una multiplicidad de formas privadas y públicas de asistencia.

Estas instituciones, además de simbolizar el absolutismo político, eran irracionalmente económicas. En primer lugar, se inmovilizaba una parte importante de la riqueza de la nación constituida por toda esta infraestructura y los recursos destinados. En segundo lugar, el impacto fue escaso en relación con los cuantiosos fondos invertidos en dichas instituciones. En tercer lugar, se cuestionaba la improductividad del personal allí recluso.

Ante esta situación, se da una serie de actuaciones que intentan enfrentar esta dualidad absolutismo-improductividad que caracterizaba los hospitales. El 2 de noviembre de 1789, la Constituyente decreta como bienes nacionales los hospitales regionales y eclesiásticos. El 22 de agosto de 1781 quedan abolidos los privilegios y exenciones a los hospitales. El 18 de abril de 1792 se suprimen las congregaciones religiosas. El 23 de Mesedar año II, se decreta la venta de bienes hospitalarios; decreto que es abolido por el Directorio el 16 del Vendinario del año V. Esto genera una tendencia en el Estado Napoleónico de volver a las prácticas del antiguo régimen estableciéndose dos estrategias de territorialización: una concentrada (institución cerrada) y una dispersa (familiar).

A pesar de mantenerse vigentes las críticas al sistema hospitalario no se llega a su total abolición. Se plantea así una nueva concepción de la asistencia que todavía no es considerada un derecho. El Estado asume un nuevo papel impulsando la iniciativa privada, descentralizándola y llevándola a las comunidades, garantizando un papel mínimo de asistencia a los individuos. Cabanis, en un informe elaborado en 1791 sobre Salpêtrière, plantea la necesidad de racionalizar esta institución proponiendo la necesidad de nuevos gerentes, la clasificación de la locura, la observación del loco y el control médico. Es importante señalar con respecto a este último aspecto que ya el saber médico se había institucionalizado y desempeñaba un papel más activo a raíz de la creación de la Real Academia de Medicina en 1770.

En concordancia con lo planteado anteriormente, la locura se problematiza socialmente ante el fracaso de la justicia y la administración pública al asumir la herencia real para controlar técnicamente esta enfermedad. Entonces, surge la necesidad de una nueva instancia para entretejer las vinculaciones entre dichos aparatos y es la flexibilidad de la instancia médica para atender la locura lo que posibilita este fin. Esto exigió la implementación de relaciones de dominación acordes con el orden legal para normalizar sectores importantes de la vida cotidiana que vinculara el aspecto de la legalidad con la existencia de tecnologías suaves. De esta manera, se estableció una correspondencia dialéctica entre la justicia (objetividad de las leyes y aplicación de sanciones) y la medicina (distanciamiento de las normas médicas y aplicación de remedios) con un solo objetivo: la supervivencia del recién instaurado orden burgués.

A finales del siglo XVIII y unido a la caída del Anciano Régimen, la Medicina se vincula a las prácticas relativas a la locura y se sistematiza el movimiento de medicalización de la locura. Esto es posible ya que la medicina se había apropiado de ciertas prácticas relacionadas con la locura así como también la definición de un nuevo estatuto jurídico, social y civil en el cual se le asignó a la medicina este papel protagónico y al manicomio como establecimiento especial. Este proceso de medicalización de la locura centró su aspecto esencial en la dualidad medicina-hospitalización, relegando a un segundo plano la díada médico-enfermo. Con base en esto es que se posibilita el desarrollo de una tecnología hospitalaria, que recoge un nuevo mandato social y asigna poder a esta institución como lo es el Manicomio. Se consolidó así una nueva síntesis: una práctica moderna (medicalización de la locura) en una institución antigua, desacreditada y sin justificación alguna para su existencia (hospital).

No es sino hasta finales del siglo XVIII, cuando se fija la fecha de nacimiento de la medicina moderna y se logra redefinir esta nueva vinculación entre lo social y lo médico. A partir de los estudios sobre el encéfalo realizados por J.F. Merkel en 1764 y otros científicos como Bichet, Lallemand y Recanier, se hizo posible hablar de la constitución de la Medicina como ciencia positiva, fundamentada en una concepción empirista, bajo un esquema clasificatorio y jerarquizado tal como se plantea en los libros *Nosologie* de Sauvages en 1761 y *Nosographie* de Pinel en 1798, los cuales estaban orientados al carácter curable de la locura.<sup>10</sup> Además, las prácticas científicas hacia los insensatos se comenzaron a diferenciar de otras prácticas (enfermedades venéreas) y se plantean una concepción más sanitarista basada en el ámbito del internamiento.

Como señala Álvarez:

*“a la par que la locura ingresó de pleno en los dominios de la medicina, los establecimientos destinados únicamente al encierro dieron paso al nacimiento de los asilos especializados en la*

<sup>10</sup> Weiner ubica en el Siglo de las Luces el espíritu de renovación de las ciencias médicas, pero afirma que es solo con la Revolución Francesa cuando se viabiliza el tratamiento particular y humanitario de los alienados, al lograr romper con las restricciones que imponía el Anciano Régimen. Esto fue posible ya que la Revolución “transformó la enseñanza, decretó el libre ejercicio de la medicina y aceleró la medicalización de los hospitales” (Weiner, 2002, 16).



*custodia y el tratamiento de los alienados, paulatinamente separados de los otros parias que mancillaban con sus conductas el silencioso discurrir social” (Álvarez, 1999, 34).*

Para Foucault, el momento preciso de la medicalización de la locura se puede localizar en Francia en 1793 con la actividad desarrollada por Philippe Pinel (1745-1826) al frente de la dirección de Bicêtre y posteriormente en 1795 en Salpêtrière, en las cuales establece una práctica profesional que posibilita un programa asistencial en el ámbito hospitalario a partir de un *tratamiento moral*. Entre 1798 y 1802 publica sus tres grandes obras: *Nosographie philosophique* (1798), el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1800) y *La médecine clinique* (1802). Según Weiner, la publicación de estas obras se produjo “*en la encrucijada de dos épocas: en historia natural, entre Linneo y Buffon por una parte, y Cuvier y Lamarck por la otra; en matemáticas entre Borelli y Laplace; en medicina, entre Morgagni y Magendie; en filosofía entre Kant y Hegel*” (Weiner, 2002, 331).

En lo que respecta al tratamiento moral, se pretende “*moderar las pasiones y destruir los delirios a partir del trato amable (la douceur), la persuasión y un respeto por la autoridad del médico; se anhelaba, en definitiva, hacer del loco un buen ciudadano, un sujeto productivo y auto-disciplinado*” (Álvarez, 1999, 35). Si bien algunos autores como Weiner señalan que Pinel no definió con claridad este tratamiento, sí estableció un principio básico el cual consistía “*en que el bienestar y los derechos de los enfermos deberían ser la preocupación central del médico*” (Weiner, 2002, 333) y del cual se derivaban los distintos aspectos relacionados con su estadía en el asilo. Además, este tratamiento moral está enfocado hacia aquel grupo de personas que debían ser atendidas por el gobierno y la sociedad: los enfermos mentales pobres.

Pinel se constituye en expresión de un movimiento reformista en diversos países europeos que resaltaban, entre otros aspectos, el papel de las prácticas científicas, el progresivo desarrollo del cuadro clasificatorio de las enfermedades y la importancia de los tratamientos morales para enfrentar la locura. Pinel engloba estos aspectos y propone “*erradicar el termino folie y sustituirlo por alienation mentale... como un riguroso intento de hacer entrar la locura en los dominios del discurso médico*” (Álvarez,

1999, 36) así como también una nueva definición del espacio hospitalario al plantear su reagrupación y diversificación de acuerdo con las enfermedades que padecen los individuos. Este espacio hospitalario se fundamentaba en *“el modelo del hospital dentro del hospicio”* (Esquirol citado por Álvarez, 1999, 334), dependiente o como sección de un hospital general, que expresaba la idea de Pinel de una psiquiatría dentro del campo de la medicina, y no de un asilo independiente como propugnó posteriormente Esquirol y que dio origen, a raíz de la ley de 1838, a Charenton como primer lugar destinado únicamente a alienados.

La alineación mental según Pinel *“expresa en toda su extensión las diversas lesiones del entendimiento; pero de nada servirá si no se analizan sus diversas especies y si no se les considera separadamente para deducir aquí las reglas de su curación, y las del gobierno interior que se ha de observar en los hospitales de locos”* (Pinel citado por Álvarez, 1999, 37). De esta manera, este término conjuga al mismo tiempo *“la tradición médica renacentista y la dimensión social expresada por J.J. Rousseau en su Contrato Social”* (Álvarez, 1999, 37).

En otras palabras, propugna una racionalización de la enfermedad mental y una revitalización del modelo hospitalario a partir de:

- 1.- Institucionalización de un saber (Clasificaciones Nosográficas).
- 2.- Práctica eficaz vinculada al tratamiento moral.
- 3.- Conversión de los hospitales en observatorios sociales.
- 4.- Creación de un espacio de práctica científica.

Esta Tecnología Pineliana se fundamentaba en tres principios. En primer lugar, aislar del mundo exterior al enfermo ya que este era el foco de influencia no controlada, postura que se enfrentaba a la corriente filantrópica. Ahora el secuestro era una condición terapéutica indispensable para curar la locura superando la exigencia administrativo-policíaca. A su vez, este principio permitió romper con la desinstitucionalización de los hospitales (al establecer un elemento justificador de su existencia), con las asistencias a domicilio, la validez y eficacia de los vínculos familiares y las relaciones no profesionales. En segundo lugar, la constitución del orden asilar, que se hace imprescindible ante la ruptura con el mundo exterior y la constitución de un medio adecuado para reprogramar al individuo

a partir de nuevas prácticas que conducirían a la obtención de la razón. En tercer lugar, la relación de autoridad del médico y su personal sobre el enfermo, necesaria para la imposición o interiorización del alienado de una voluntad racional, como relación de soberanía y de tutela dado que al no tener razón no puede formar parte de un contrato.

Con base en estos planteamientos hechos por autores como Foucault, Castel y Álvarez-Uría, el manicomio surge como un establecimiento especial a partir de una condensación muy particular de herencia e innovación. Mantiene la idea del encierro para cierto tipo de población, desarraigándolos de su medio; la existencia de técnicas disciplinarias y la función de reducir los comportamientos anormales. Transforma la captura del individuo o secuestro, la cual ya no es policial sino médica, desmovilizando las reacciones frente a la intervención del poder público en lo atinente al orden social. Bajo estos preceptos, el manicomio tiene como función primordial neutralizar y reeducar al enfermo según una confluencia de intereses: la curación del enfermo y el carácter terapéutico de la institución. De esta forma, el manicomio pasó a convertirse en una institución que sintetiza un código médico, una tecnología del tratamiento moral, un estatuto del enfermo, la noción de tutela y la autoridad del médico.

### **El nuevo orden asilar en Venezuela**

En el caso de Venezuela, las primeras informaciones que se tienen sobre el destino de los alienados durante la época de la colonia y los inicios de la actuación republicana son muy similares en la medida que se les permitía su deambular por las calles o su internación en los hospitales generales, mientras que para los más agresivos su sitio de reclusión final era la Estación de Policía en condiciones deplorables: ubicados con los delincuentes y reos comunes, sin recibir ningún tipo de tratamiento y sin algún estatuto jurídico que regulara su retención.

En lo concerniente al tratamiento de los enajenados en una institución especializada, los intentos iniciales se localizan en 1810 específicamente en el estado Mérida, de manos de la Iglesia Católica, en donde *“un fraile de nombre Francisco Javier Beirastosa se había encargado de fundar una casa especial para enfermos mentales, particularmente pacientes femeninas, lo que respondió más a una intención caritativa y en ningún caso médica. Este primer antecedente no contó con la fortuna de ser muy*

*duradero, pues dos años después de haberse inaugurado (1812) ocurrió un terremoto que prácticamente destruyó aquella edificación”* (Matute, s.a.). **Así, el fenómeno del internamiento aparece en Venezuela como consecuencia de la traslación de una institución extranjera de manos de la Iglesia Católica.**

Los inicios de una atención médica, mas no psiquiátrica, particularizada al respecto de la locura, se ubican a finales del siglo XIX, durante el gobierno de Guzmán Blanco. En 1874, se decretó la creación de una Casa de Beneficencia, que posteriormente pasó a llamarse Junta de Beneficencia, organismo encargado de controlar y organizar todo lo relacionado con la salud nacional. Según Matute *“lo relevante de aquella iniciativa guzmancista fue la solicitud de la construcción de un departamento especial para ‘locos’ (...) Él no dice enfermo mental, ‘sino locos’. Bueno, ahí comenzó, en 1874, la primera manifestación de una organización hospitalaria”* (Matute, s.a.).

Guzmán Blanco inauguró a la postre, en 1876, el primer Asilo para Enajenados en Los Teques y decretó, en 1887, su primer Reglamento de Reclusión. Su ubicación se dio, como su nombre lo indica, en la población de Los Teques, cercana a la capital de la República en una zona que se caracterizaba por un clima sumamente agradable, lo cual se consideraba como parte del tratamiento al que debían someterse sus residentes.<sup>11</sup>

En sus inicios, presentó problemas para el nombramiento de un Médico-Director, lo que incidió tanto en su funcionamiento como en la aplicación de los tratamientos, lo que se superó dos años más tarde, en 1878, cuando por resolución oficial se estipuló que se entregara de manera conjunta a un mismo médico la dirección de este establecimiento y la del Hospital Elefanciacos de Caracas. En 1884 se nombra como primer director del Asilo al Dr. Enrique Pérez Blanco, y contaba para esa fecha con 80 enfermos asilados.

Ese mismo año, el Dr. Enrique Pérez Blanco es suspendido de sus cargos como director al frente de las dos instituciones que regentaba y se

11 Esta edificación era *“sencilla y de corriente estilo: piezas bajas y estrechas, con techos de tejas, verja corrida por el frente y en su fachada ventana de balaustres, puerta principal y algunos tragaluces. Posteriormente y para esparcimiento de los reclusos tranquilos adiciónesele un jardín o parque lateral”* (Álvarez, 2005, 280).

nombra al señor Telmo Romero como nuevo Director en ambas instituciones a través de un contrato especial celebrado con la Gobernación del Distrito Federal de fecha 1 de julio y con la anuencia del Presidente de la República de esa época, Joaquín Crespo (1884-1886 y 1892-1898), con el cual tenía fuertes lazos de amistad, entre otras razones, por haber atendido con muy buenos resultados a uno de los hijos del presidente. Dado que la señora de Crespo había quedado muy satisfecha con el tratamiento aplicado por Romero, tanto ella como su esposo le ofrecieron todo su apoyo y respaldo.

Cuenta el Dr. Matute que Telmo Romero antes de su designación *“había sido un comerciante de ganado en la frontera venezolana con Cúcuta (Colombia), viviendo en la península Guajira durante una amplia temporada –prácticamente un año–. Esto, con la finalidad de adquirir conocimientos medicinales de los piaches y caciques de las tribus indígenas de aquella región”* (Matute).

Tales conocimientos medicinales adquiridos por Telmo Romero durante este período los resume en un libro titulado *“El bien general”* que publica en 1883 con sus propios fondos y que fue de mucha aceptación inclusive en algunos círculos médicos, erigiéndolo como uno de los más versados sobre ese tema. Matute señala con respecto a esa obra que *“el libro tenía como unas 200 páginas con tratamientos para todas las enfermedades (...) Por ejemplo, para el caso de las mujeres que tenían los senos caídos, él tenía una fórmula que hacía posible que los mismos recuperaran su firmeza”* (Matute, s.a.). Entre los preparados que recomendaba para curar algunas enfermedades se pueden mencionar la Pariglina o Contra-yerba, el Gran Hemostático, el Jarabe de Pienchi, la Facelina, la Curbina, el Agua de Rosa Indiana y el Tónico de Aipirú, los cuales eran expendidos en algunas droguerías.

Ya estando al frente de la institución, implementó los tratamientos que a su entender eran necesarios para enfrentar la enajenación mental y los cuales escribió en el N° 171 del periódico *La Nación*:

*“El tratamiento que yo uso para curar los locos no es uno mismo, sino que lo varío, según la edad, sexo y constitución de la persona, y según la enfermedad que se presenta. Pues además de las plantas que le propino, hago uso discreto de los baños,*

*aplicados de distintos modos, según mi práctica me lo ha enseñado; para algunos me valgo de baños de inmersión, para con otros de chorro, etc., diario o no, con temperaturas diversas y por tiempos largos o cortos.*

*Pero debo decir, que cualquiera que sea la locura, mis remedios dan siempre resultado, pues si no queda curada, queda por lo menos modificada. Así es que en locuras terribles dependientes del furor uterino, o del onanismo, se calma la furia, quedando el enfermo en una especie de tranquilidad, cercana al idiotismo, lo mismo sucede con la anemia del cerebro. En todos los demás tengo la seguridad de alcanzar éxito completo. Son plantas que tienen acción especial sobre el cerebro, sobre los trastornos mentales y que los modifican con eficacia cualquiera que sea la causa que los produce, como cura o alivia el opio los dolores, cualquiera que sea la lesión que los causa y mantiene.*

*Por supuesto que si la locura no depende de una lesión orgánica, sino de un trastorno puramente en la inervación, entonces la curación es rápida y puede decirse perfecta, ora sean manías, ora sean monomanías, alegres o tristes, furiosas o tranquilas.*

...

*Para concluir debo hacer saber también que al hacerme cargo del Asilo hice dar una lechada a los salones, asear los pisos y quemar todo lo viejo que se encontró en el servicio. Así como he introducido una reforma general en la alimentación, dando a los enfermos buena carne y en cantidad muy suficiente” (Álvarez, 2005, 282-283-284-285).*

Además de estos tipos de tratamiento, algunos autores (Coll) señalan la recurrencia a otras *prácticas ignaras e indecorosos atropellos* como mecanismos para enfrentar la locura en los enfermos más agitados, tales como la utilización de cadenas, grillos y esposas, así como la extracción de piezas dentales y los desangramientos cerebrales.

La actuación de Telmo Romero fue bastante controversial. Por un lado, en muy poco tiempo al frente de la institución (dos meses) logró la

curación de 20 pacientes avalados por dos médicos destacados que también se desempeñaban como profesores universitarios, hecho que lo llevó a comparar con los alienistas franceses como Esquirol, Blanche y Pinel y le valió para que le confirieran el título de Doctor en Ciencias Médicas por parte del Colegio Médico de Bellevue en Boston. Por otro lado, recibió las más airadas críticas por parte de los estudiantes universitarios quienes *“se alzaron en airadas protestas de palabra y acción, refutando por la prensa, quemando su libro a forma de desagravio al pie de la estatua de Vargas en la Universidad Central y tirándole a la calle, rota y maltrecha, la botica “La Indiana” de la esquina de Las Madrices, en donde engullía a dos carrillos la ambición del pseudo-taumaturgo con la venta de los preparados de su cosecha”* (Álvarez, 2005, 281).

Telmo Romero permaneció a cargo del asilo de enajenados de Los Teques hasta 1886, año en que Guzmán Blanco asumió nuevamente la presidencia de Venezuela. La importancia de reseñar la actuación del señor Telmo Romero en el escenario del alienismo permite reforzar la tesis mencionada en el capítulo anterior con respecto a la genealogía del orden psiquiátrico en Venezuela. **A nuestro entender, la posibilidad del surgimiento de este personaje y su alta posición en el escenario manicomial, se da en un momento histórico de transición en el cual se está iniciando un proceso de medicalización de la locura, pero a su vez también se está ante la ausencia de un código y de una práctica específicamente psiquiátrica. A pesar de que aparece la posibilidad de la intervención del saber médico en el tratamiento de la locura, la inexistencia de este corpus teórico-práctico particularmente psiquiátrico no posibilita su consolidación como factor hegemónico de ese nuevo saber poderoso.** De hecho, al año siguiente, en enero de 1887, por resolución del Gobierno del Distrito se promulga el primer Reglamento del Asilo de Enajenados como instrumento legal para organizar y coordinar la actuación de médicos y pacientes.

A raíz de los disturbios políticos acaecidos para la época (denominada por algunos autores como Revolución Legalista) la atención a este tipo de enfermos y el mantenimiento de las instalaciones fue muy precaria, por lo cual los posibles alcances y mejoras planteadas en el Reglamento antes mencionado no llegaron a concretarse. Sin personal de asistencia, semi-

desnudos, mal alimentados y con las instalaciones deteriorándose progresivamente se propició un ambiente que posibilitó la fuga en grupos de los enfermos asilados con las consecuentes perturbaciones para la población que habitaba en Los Teques, la cual elevó sus quejas ante las autoridades gubernamentales. Para dar respuesta a estas peticiones, los recluidos fueron trasladados en 1892 a la población de Catia, dando origen al Asilo de Enajenados de Caracas.

Para albergar a estos pacientes, los cuales alcanzaban la cifra de 30, se destinó el recién reparado Hospital Militar. Al frente de la parte administrativa del asilo se designó a la congregación religiosa de las Hermanas de San José de Tarbes y se designó un Médico-Director. Este establecimiento estaba conformado por dos secciones en atención a cada sexo, las cuales constaban de tres patios con cuartos y calabozos; un patio para los agitados, otro patio para los tranquilos y un tercero reservado para casos especiales.

A pesar de contar con un nuevo destino en mejores condiciones infraestructurales, la situación de los asilados no mejoró significativamente en comparación a su sitio de reclusión anterior y apareció por primera vez en el escenario manicomial el problema de la sobrepoblación de estas instituciones. Álvarez afirma que

*“el mencionado asilo no alcanzó a ser otra cosa que un fiero presidio de locos, al modo mismo de los siglos medios, y en donde aquellos “dejados a la mano de Dios” habían de volver al recorrido de su despiadado calvario... Las cadenas y los grillos, las esposas y la tosca chaqueta, las jaulas y el calabozo sombrío se aunaron al hacinamiento y la pobreza de la alimentación, al beriberi y la pelagra, las parasitosis y la disentería, la tuberculosis y la aguda infección virulenta para diezmar la población del asilo, por desgracia incesantemente renovada”* (Álvarez, 2005, 294).

Mucho tiempo después, en julio de 1926, se decreta la construcción de un manicomio moderno en el Distrito Federal, para lo cual se asignan recursos financieros, pero por diversas razones no llegó a concretarse. Ante esta situación, se le realizaron unas mejoras infraestructurales al antiguo Asilo de Enajenados de Caracas y se le transforma en el Hospital Municipal Psi-



quiátrico. **Este cambio de denominación en las principales instituciones médicas referidas a la locura es como consecuencia del naciente proceso de consolidación del saber médico y de la Psiquiatría al frente del tratamiento de las enfermedades mentales.** González Rincones afirmó que:

*El antiguo “Manicomio de Caracas” convertido ya en Hospital Municipal Psiquiátrico, ha dejado de ser “casa de locos”, en él ha tomado asiento la Psiquiatría Nacional; bajo la influencia de los trabajos científicos de sus Jefes de Servicio, sus Médicos Adjuntos y sus Internos, la ciencia Psiquiátrica devolverá la salud a la mente de nuestros enfermos y como resultado de las labores de todos los que trabajamos en esta institución, el arte Psiquiátrico les reintegrará a la vida activa para que vuelvan a ocupar su lugar en la sociedad.*

*Hemos dejado atrás la época de los medios bárbaros de contención, de la brujería y del exorcismo; en pocos años hemos logrado implantar el tratamiento científico y racional de las enfermedades mentales”* (Citado por Álvarez, 2005, 294).

## **El manicomio de Santa Lucía**

En el caso del estado Zulia el surgimiento del saber psiquiátrico estuvo vinculado entre otros aspectos, al igual que en el resto del país, al nacimiento y constitución de la medicina como ciencia. Struve y Hernández señalan dos acontecimientos significativos al respecto: la fundación de los estudios médicos en el Colegio del Zulia en 1853; y la creación de la Casa de Beneficencia por la Logia Masónica, en agosto de 1860. En lo que respecta a la Psiquiatría, ambos autores también afirman que “*no tardó mucho en tratar de equipararse con estos adelantos de la medicina, ya que en 1867 el Dr. Joaquín Esteban Parra –al regreso de su segundo viaje a Europa donde estuviera al lado de Velpeau, Barnard, Nélaton y Charcot entre otros– introdujo el uso de bromuro de potasio para ser utilizado en el tratamiento de la epilepsia y algunas neurosis*” (Struve, 1973, 5-6).

Aun tomando en consideración estos incipientes esfuerzos iniciales, la preocupación por esta clase de enfermos se hace manifiesta en términos del conjunto de la sociedad zuliana en 1890 cuando, en fecha 4 de enero, se constituye la Junta de Fomento del Manicomio de Maracaibo, com-

puesta por cinco comerciantes de la localidad y con un aporte inicial de 10.000 bolívares hecho por la firma mercantil Minles Breuerl & Cía. Para la construcción de esta edificación se disponía de un terreno en el vecindario “La Hoyada” del municipio Santa Lucía en un hato denominado “El Quemado”. El objetivo principal de esa Junta de Fomento era la construcción de una sede de carácter permanente en las afueras de la zona norte de la ciudad y de fácil acceso, que además contara con las especificidades propias para atender a este tipo de pacientes. Los trabajos de construcción de este inmueble se iniciaron pero luego se paralizaron producto de diferencias entre el constructor y la Junta de Fomento.

Las primeras referencias que se tiene de un lugar específico (pero de carácter provisional) en el estado Zulia para estas personas se remontan al año 1895 cuando se crea un Asilo para Enajenados en la Quinta Belén, en el sitio denominado “El Mosquito” del barrio El Empedrao del municipio Santa Lucía, al norte de la ciudad, según Decreto del Presidente de Estado Dr. Jesús Muñoz Tébar de fecha 30 de abril de 1895. Comienza a funcionar el 1 de mayo de ese año con cinco enfermos mentales, siendo inicialmente atendido por la Iglesia y no es sino el 6 de febrero del año 1896 cuando se nombra al Dr. Pármenas Rosales como el primer médico de planta de este Asilo Provisional.

Para Struve y Hernández este Asilo Provisional

*“se hizo con el propósito de darles a los pacientes un trato más adecuado y justo, en forma algo más científica dentro del empirismo reinante para esa época, y muy lejos del anterior régimen policial que los convertía en seres miserables sin ninguna posibilidad de curación y sometidos a brutales procedimientos de represión u otros métodos bárbaros de tratamiento (...) marca el comienzo de una etapa humana y social para la Psiquiatría Regional y, nos atrevemos a afirmar, nacional”* (Struve, 1973, 11).

En 1895, por vía de una resolución oficial, se autoriza al Dr. Helímenas Finol, médico de la localidad, quien se encontraba en París, a visitar los manicomios europeos con el fin de estudiar e incorporar al proyecto los adelantos arquitectónicos, funcionales y de tratamiento de la época (los

cuales también se implementarían en el Asilo Provisional). En efecto, el 2 de septiembre de 1895, el Dr. Finol envía a las autoridades un informe que comprende datos de los Hospitales de Charenton (París), Westminster y Bethlem (Londres).

Dicha construcción se inicia en 1895 para posteriormente ser paralizada hasta 1904. En el mes de abril de ese mismo año, se concluyen las obras iniciales de esa estructura localizada en el sector Bella Vista, trasladándose los 23 enfermos recluidos en el Asilo Provisional e iniciando sus actividades de manera permanente. Al momento de abrir sus puertas, dicha institución presentó una serie de deficiencias que posteriormente se fueron subsanando.

El 11 de abril de ese año, el general Régulo Olivares, Presidente Encargado del estado Zulia, nombró una Junta para administrar y organizar debidamente el Instituto de Enajenados, que se juramentó el 14 de abril de 1904. En tal sentido, ésta es la fecha en la cual la Institución Psiquiátrica nace en Maracaibo. El primer médico y director del Hospital fue el Dr. Venancio Hernández desde 1904 hasta 1945.

Según Struve y Hernández, ya para noviembre de ese año había una población de 53 enfermos recluidos, lo que sobrepasaba la capacidad presupuestaria de la que se disponía. Además, el 25 de febrero de 1906 se constituye el servicio de las Hermanas de la Caridad conformado por cuatro religiosas. Por otro lado, se gestionan las acciones pertinentes para incorporar los baños calientes como tratamiento terapéutico en virtud de los éxitos obtenidos en el Asilo Provisional.

Esta Junta estaba conformada, entre otras personas, por el Sr. Andrés Espina, el Sr. Carlos Hernández, los Dres. José Encarnación Serrano y Alcibiades Flores, quienes fueron comisionados, entre otros fines, para elaborar el Reglamento Interno de Reclusión. En dicho Reglamento, elaborado el 18 de marzo de 1905 y publicado en Gaceta Oficial del estado Zulia de fecha miércoles 25 de abril de 1906, año 6º, Número 348, denominado *Reglamento para la reclusión de atacados por enajenación mental*, se establecen los criterios para el ingreso, permanencia y salida de las personas que sufrieran este trastorno.

Ya para fines de 1908, Arrieta señala que “*se tenían hospitalizados en el Instituto a 100 enfermos, no pudiéndose hacer más admisiones por no permitirlo las rentas disponibles*” (Arrieta, 1987, 163).

Desde sus inicios, diversos fueron los tipos de terapéutica que se le aplicaron a los recluidos. Como se señaló inicialmente, los bromuros se constituyeron en la primera forma de tratamiento de las enfermedades mentales. Luego los baños calientes. Con posterioridad, en 1938, el Dr. Tibaldo Fuenmayor Nava implementó el método de Klaesi, que consiste en el uso de barbituratos para producir un estado de sueño prolongado y profundo, reportado por Jacob Klaesi desde 1922.

Otro de los tratamientos implementados en este período y que eran aplicados en centros psiquiátricos destacados en Europa eran los choques insulínicos y electroshocks, así como los choques cardiazólicos y piretoterapia. Nucette señala al respecto:

*“El tratamiento de la esquizofrenia mediante la producción de comas insulínicos, fue reportado por Manfred Sakel en el año 1933, ante la Sociedad Médica de Viena. Al mismo tiempo el psiquiatra húngaro Laszlo von Meduna, con la hipótesis de un antagonismo biológico entre epilepsia y esquizofrenia, concibió inducir convulsiones en esquizofrénicos para mejorar sus síntomas mentales. En 1935 reportó resultados favorables en pacientes tratados con inyecciones intramusculares de alcanfor en solución oleosa. Problemas técnicos lo llevaron a sustituir el alcanfor oleoso por el Cardiazol. Los tratamientos de Sackel y von Meduna se diseminaron rápidamente y en los años siguientes se consideraron como los más modernos tratamientos para la esquizofrenia. En el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo se utilizaron desde 1938 (...) La facilidad de su aplicación permitió que el electrochoque desplazara al choque por cardiazol. En 1944 el Dr. Tibaldo Fuenmayor Nava trajo el equipo de los Estados Unidos para comenzar su aplicación”* (Nucette, 2005, 4).

En 1944, el doctor Tibaldo Fuenmayor Nava presentó una propuesta denominada *Asistencia Psiquiátrica* en la que se evidencia el intento de reposicionar definitivamente a la medicina en la institución asilar como hegemónica cuando plantea la necesidad de:

*“transformar el Manicomio en Hospital Psiquiátrico de la zona occidental del país, para lo cual se formularon importantes recomendaciones, entre las cuales destacan: la definición de atribuciones para el cargo de Médico Director, prohibición de utilizar medios de contención mecánica sin autorización médica, creación de servicios especializados (de admisión, pacientes agitados, semiagitados y tranquilos) a cargo de especialistas; aumento del personal de enfermería y auxiliares en la proporción de 1 para cada 50 enfermos y fomento de las actividades de Ludoterapia y Laborterapia”* (Nucette, 2005, 3).

Además de los tratamientos antes señalados, durante los años de 1946-47, el mismo autor reseña la realización por el Dr. Humberto Fernández Morán de operaciones de Psicocirugía en varios pacientes denominadas *leucotomía prefrontal*, procedimiento reportado en 1936 por Moniz y Almeida en París.

Con posterioridad a estas fechas hacen su aparición en el Hospital Psiquiátrico los psicofármacos. Según Nucette, *“la Cloropromazina fue indicada en el Hospital Psiquiátrico desde noviembre de 1953, junto con el Fenobarbital y la Prometazina, por los Dres. Tibaldo Fuenmayor Nava, Jaime Sauret y Carlos Gil Rincón, en una sala especialmente acondicionada y climatizada (“el cuarto frío”), para lograr efectos terapéuticos muy similares a los reportados con el método de Klaesi”* (Nucette, 2005, 5).

Es importante resaltar que desde 1906 hasta 1957, a la par de la aplicación de esta diversidad de tratamientos, se da la presencia de la Iglesia Católica en el interior de esta institución a través de los servicios que prestaban las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Otro evento importante que cabe destacar durante este período es que ya para 1945 se manifiesta un hecho que impactaría negativamente en el desarrollo de la institución: el hacinamiento. A pesar de disponer de 360 camas, ya para esa fecha se conoce de la existencia de 511 pacientes.

Para 1961, el escenario manicomial presentaba pocos cambios. Nucette reseña rigurosamente la práctica médica y el trato al enfermo:

*“En relación con los tratamientos: había dos salas para tratamientos con insulina, para mujeres y para hombres, con*

*aproximadamente 15 camas cada una de ellas y en condiciones ambientales y de atención notablemente mejores que el resto de los servicios; se aplicaban aproximadamente 30 electrochoques diarios en la propia cama del paciente, con cuidados mínimos y generalmente sin premedicación; los psicofármacos ya citados anteriormente, se indicaban profusamente y había una buena provisión de ellos en el Hospital. La alimentación de los pacientes, la misma que la del resto del personal, era de muy buena calidad. Las actividades de Ergoterapia eran rutinarias y poco vinculadas con el proceso de resocialización: se proyectaban películas con frecuencia y había una sesión de baile semanal, estos eventos eran esperados con entusiasmo por los pacientes como la única posibilidad de interactuar con pacientes del otro sexo. La práctica de la Psicoterapia sistematizada, tanto individual como familiar, quedaba sujeta al interés de los médicos y las posibilidades reales de practicarla” (Nucette, 2005, 7-8).*

Para el año 1965, se publica en la Revista de la Universidad del Zulia un trabajo de los Dres. Tibaldo Fuenmayor Nava y Ramón Ávila Girón, titulado *Psicofármacos en el medio hospitalario. Experiencias en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo*, en el cual se mencionan cuáles eran los tratamientos médicos a los que eran sometidos los pacientes.

Con respecto a los Psicofármacos, se señala “*una especie de selección de medicamentos cuyos resultados nos han demostrado ser satisfactorios (...): Cloropromazina (Largactil), Prometazina (Fenergán), Reserpina (Serpasol), Trifluoperazina (Stelazine) e Imipramina (Tofranil)*” (Fuenmayor, 1965, 73). Es importante señalar que ya en estos inicios se plantean problemas con su uso cuando manifiestan que “*la falta de especificidad en cuanto a la acción de los psicofármacos hace una tarea muy difícil precisar las indicaciones. A lo anterior se agrega la dificultad derivada de la falta de unidad existente dentro de la nosología psiquiátrica*” (Fuenmayor, 1965, 74). Esta situación los condujo a la formulación de distintos patrones de utilización, situación inédita en otras ramas del saber médico.

Estas limitaciones les llevaron a la utilización de asociaciones psicofarmacológicas (Largactil con Fenergán, Imipramina con Librium)

*“con el fin, unas veces, de obtener el efecto potencializador, otras veces, para influir sobre los efectos desagradables de alguna de las drogas... así como también, con otros tipos de terapéuticas psiquiátricas, principalmente electroshocks y la cura de Sakel. Estas combinaciones se hacen tomando en cuenta que “el criterio que nos guía es que los psicofármacos han aparecido en el terrible campo de batalla donde luchamos contra las enfermedades mentales para sustituir forzosamente los otros métodos terapéuticos, sino para agregarse a ellos y acelerar la recuperación de los enfermos” (Fuenmayor, 1965, 75-76).*

Es para esta fecha (1965) cuando se inicia la prestación del servicio de Psicología en esta entidad. Por otra parte, ya se evidencian diversos problemas de tipo infraestructural, de recursos financieros, organizativo, de personal, etc., que afectan el normal desarrollo de la institución. Esta situación se explica, entre otras razones, por el problema de la sobrepoblación hospitalaria y la gran cantidad de enfermos crónicos allí recluidos, ante la ausencia de otros centros especializados en el tratamiento de este trastorno en la región.

Entre finales de los años 60 y principios de los 70, se dan los primeros cambios significativos con respecto al tratamiento de los pacientes, ya que comienza a ser cuestionada por el personal médico la aplicación de los tratamientos insulínico y de electrochoque, tomando en consideración las críticas a su implementación y los pocos beneficios obtenidos en los pacientes. Este cuestionamiento condujo, por una parte, a la desaparición de las salas de insulina y, por la otra, a la disminución considerable de la aplicación de electroshocks.

Situación contraria ocurrió con la utilización de los psicofármacos, que además de mantenerse, se profundizó y diversificó. *“Para esa fecha se utilizaban en el Hospital todos los psicofármacos que existían en el mercado: entre los Neurolépticos: los derivados de la fenotiazina, butirofenona y reserpina; de los Antidepresivos: imipramina, trimiprimina, amitriptilina y doxepin; una gran variedad de Ansiolíticos derivados de la benzodiazepina; además de antiepilépticos” (Nucette, 2005, 9).*

Otro cambio significativo para estas fechas se da en términos de políticas de Salud Mental. Como consecuencia de la aplicación del Plan

Decenal de Salud para las Américas elaborado en la Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en 1972 en Chile, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social plantea que se traslade el centro de atención de los Hospitales Psiquiátricos a los Servicios Psiquiátricos en Hospitales Generales y Ambulatorios. Esta decisión condujo al traslado de más de seiscientos (600) pacientes del Hospital Psiquiátrico a cuatro Colonias Psiquiátricas Rurales. Con base en esta decisión oficial, ya para 1974 existía este Servicio en diversos Hospitales Generales del estado Zulia, así como también en algunos ambulatorios.

A pesar de este cambio de políticas oficiales con respecto al problema de la salud mental, que apuntaban principalmente al descongestionamiento y hacinamiento de los Grandes Hospitales Psiquiátricos, los resultados obtenidos no fueron positivos.

Nucette señala con respecto a las Colonias Psiquiátricas Rurales, que estas *“instituciones privadas subsidiadas por el Estado a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, eran entes improvisados, con presupuestos exigüos, sin asistencia técnica y sin supervisión adecuada por parte de los organismos oficiales”* (Nucette, 2005, 10).

En cuanto a los Hospitales Generales, *“no se conformaron verdaderos Servicios de Salud Mental y sólo en el Hospital General del Sur y en el Hospital General de Cabimas se habilitaron camas de hospitalización, el primero como un anexo con énfasis en el trabajo comunitario y el segundo como un piso destinado especialmente al Servicio en la arquitectura del Hospital”* (Ob. cit, 9).

Por otra parte, con respecto a los internados, tal medida generó *“la inevitable consecuencia de desarraigo de estos seres humanos, quienes a pesar del abandono todavía conservaban algunos vínculos familiares en nuestra región”* (Ibidem).

Esta situación de deterioro en cuanto a la atención del *enfermo mental* y del Hospital Psiquiátrico en cuanto institución (así como también la de todo el sector salud), se potenció a partir de la crisis económica que en 1983 condujo entre otros hechos al famoso Viernes Negro (devaluación de la moneda). A pesar del surgimiento de propuestas alternativas que apuntaban a la revitalización del Hospital Psiquiátrico con nuevas modalidades



de atención (Proyecto de Hospitalización Parcial del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, 1985), éstas no tuvieron acogida, producto, entre otros aspectos, de las nuevas limitantes económicas. En palabras de Nucette, la causante del deterioro de la asistencia psiquiátrica regional *“no es diferente del resto del país y de los otros países latinoamericanos: la carencia de políticas y programas coherentes, sistemáticos, adecuados y evaluables, referentes a la Salud Mental”* (Ob. cit. 10).

Hoy en día el hospital psiquiátrico en Venezuela, en sus distintas expresiones, condensa diferentes aspectos de una crisis institucional. A pesar de haberse impulsado una serie de cambios significativos a raíz del ascenso del presidente Hugo Chávez, la situación es bastante dramática. Existen problemas infraestructurales en todas las instalaciones del recinto que la han catalogado como inhabitable por las autoridades competentes (Bomberos). Las fuertes limitaciones en el presupuesto asignado para su funcionamiento han incidido en restricciones en cuanto a la disponibilidad de medicamentos, utensilios para el aseo personal, materiales de apoyo para las actividades, falta de personal, etc.

Actualmente cuenta con 32 médicos, la mayoría de los cuales, (29), laboran de manera parcial, y con 37 enfermeras. Este personal presta sus servicios en distintas especialidades además de la Psiquiátrica, tales como Psicología, Medicina Interna, Neumonología, Ginecología, Odontología, entre otras. Cuentan además con un Servicio Social (Trabajo Social), Farmacia, Sala de Rayos X, Sala de Electroencefalografía, Nutrición, Lavandería, Historias Médicas y Talleres.

Prestan sus servicios en el área de Hospitalización con una disponibilidad de 83 camas, Emergencia las 24 horas del día con aproximadamente 400 casos mensuales y atienden en Consulta Externa un promedio de 320 pacientes semanales. Entre los tratamientos suministrados resaltan en primer lugar los antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, seguidos o complementados con las psicoterapias, así como también con servicios de rehabilitación (vida diaria, deportiva y socializante). Es importante señalar que aún se implementan la terapia electroconvulsiva o electroshock solamente en los casos más crónicos. Los diagnósticos que presentan mayor frecuencia son los trastornos del humor (depresiones) y las esquizofrenias.

Todo este panorama institucional ha conducido a un conjunto de consecuencias entre las cuales resaltan un proceso de disociación con las nuevas discusiones y propuestas en esta temática, una situación crónica de los pacientes bastante alta y la consolidación de la institución como un ente meramente reclusivo, en el cual los derechos y necesidades de los pacientes ocupan un nivel secundario, sin dejar de mencionar las grandes dificultades presupuestarias que limitan fuertemente su funcionamiento.

En síntesis, **al analizar genealógicamente el dispositivo institucional implementado socialmente para enfrentar la locura desde sus inicios hasta la fecha se puede afirmar que su lógica de actuación está fuertemente determinada por las condicionantes socio-históricas propias del devenir venezolano. Primero, nace de la mano de la Iglesia Católica como producto del proceso de colonización y con todas las implicaciones teológicas que ello representó. Luego al lograrse la independencia en 1823 y el proceso de secularización que está conllevó, surgen a partir de 1876 el primer Asilo de Enajenados dirigido por un Médico-Director y en 1877 se decreta el primer reglamento dirigido específicamente para los Enajenados. En virtud de este reglamento y los otros similares subsiguientes, es cuando se le concede al médico la potestad de actuación sobre el enfermo mental. Pero, como consecuencia del poco desarrollo y consolidación del saber psiquiátrico en Venezuela para esa época, se medicalizó la locura pero no se psiquiatrizó. Este hecho significó que la actuación de los primeros años al interior de los asilos fuese cuestionada en virtud de no responder, entre otros factores, a los parámetros científicos de la naciente especialización. Como parte de la consolidación de ese nuevo saber poderoso aparece el Hospital Psiquiátrico en el escenario de los alienados hasta nuestros días, en el cual, a pesar de unos muy pequeños cambios como las Colonias Psiquiátricas, todavía se mantiene como el eje institucional central de todo el orden psiquiátrico con todas las deficiencias y limitaciones que posee.**

Retomando los planteamientos de Foucault al referirse al caso europeo, cuando se establece el paso de una sociedad rural a una sociedad urbana se da una ausencia de elementos reguladores de tal tránsito. Tales

elementos reguladores deben cumplir una doble exigencia: por una parte, suplir las insuficiencias del control familiar; y por otro lado, suplir los requerimientos del legalismo sin caer en la arbitrariedad. Respondiendo a esta doble exigencia se recurrió a instituciones del anciano régimen que se redimensionaron según las necesidades de la nueva relación contractual de la racionalidad burguesa, dando pie a una nueva relación de tutela a través del establecimiento y transformación del dispositivo de la enfermedad mental.

**En el caso de Venezuela, ese paso de una sociedad colonial y rural a una sociedad independiente y urbana evidenció la misma ausencia de dispositivos ordenadores de ese cambio. Para responder a esa necesidad, a diferencia de Francia, primero se legisló a través de los Códigos Civiles y Penales, se crearon nuevas instituciones, primero como Asilos y luego como Hospitales, para luego reglamentar específicamente el problema de la locura. Aparece luego de este recorrido la figura dominante del médico siendo mucho más tarde, a mediados del siglo XX, cuando el psiquiatra asume el rol protagónico.**



## CAPÍTULO 3.- LOS SABERES CONCURRENTES: EL PSICOANÁLISIS EN VENEZUELA

### Los pequeños casos mentales y Freud

El manicomio, dispositivo creado en Francia a raíz de la ley de 1838 como práctica específica y concreta con respecto a los alienados, consolida la unión entre asistencia y represión; aislamiento y detención. Representa una ruptura entre la normalidad y la nueva *patología*. La naciente institución manicomial en Francia se fundamentó, como se señaló anteriormente, en un estatuto múltiple: médico (tratamiento moral, papel del médico), jurídico (civil y penal) y financiero. Como afirma Castel,

*“el hospicio, verdadera idea platónica encarnada en la historia, representa de tal modo el modelo luminoso de una política de control total enteramente cubierta de racionalizaciones médico-humanistas...*

*Tales establecimientos se han convertido..., en lugares exclusivos de custodia, en terrenos desolados para una gestión puramente administrativa de la desviación. Los psiquiatras han reiterado el ritualismo monótono de la segregación social”*(Castel, 1980, 149).

Pero este dispositivo se justificaba, en términos médicos, en la medida en que existiesen las patologías para las cuales había sido creado. Con el desarrollo de la sociedad capitalista que pasa de la producción artesanal a la producción industrial, surgen un conjunto de *trastornos* que escapan de las dimensiones establecidas anteriormente como patologías. Ahora, la medicina mental debe enfrentarse no solo al gran demente, sino también a “*pequeños casos mentales*” que cada día son más cuantiosos, afectando el normal desenvolvimiento de la vida cotidiana en sus distintos ámbitos y que posiblemente, algún día, puedan convertirse en graves patologías.

Para entender el fundamento estructural de estos cambios, Georg Simmel plantea el concepto de *sociedad de individuos* como soporte teórico para comprender “*las formas de vida propias de las grandes metrópolis en los países industrializados... modernidad equivale a individualización*” (Álvarez-Uría, 2004, 104). Esta sociedad de individuos genera una ruptura con los elementos materiales o inmateriales que conforman la conciencia colectiva, imponiendo un proceso de diferenciación social o de singularización en tanto o en cuanto posibilite la conformación de espacios de libertad (la moda, por ejemplo).<sup>12</sup>

En otras palabras, dicho proceso de individualización tiene raíces sociales y estructurales a partir de una nueva vinculación entre individuo-sociedad. Esta exigencia estructural planteó, por lo tanto, la necesidad de evaluar el dispositivo existente —el manicomio— en función de darle respuesta a esta nueva demanda. Pero la rigidez de su estructura institucional y su carácter reactivo (después de que se presenta la enfermedad) limitan fuertemente su capacidad de maniobra. Ante la imposibilidad para enfrentar este reto, se hizo necesario elaborar un dispositivo distinto que garantice el pacto entre la medicina mental y el control social bajo las nuevas coordenadas. Ello no significa la desaparición del manicomio, porque todavía existen las otras enfermedades mentales, sino que se da una *concurrency de competencias* a fin de optimizar los mecanismos de control social. Ese dispositivo va a estar representado inicialmente por el papel que va a asumir el Psicoanálisis.

Para asumir este objetivo, el psicoanálisis tendría que pasar por un proceso de institucionalización. En virtud de su fuerte orientación médica, neutralizó la tarea de estudiar el trasfondo sociohistórico de los fenómenos para encargarse del estudio de las dimensiones intrapersonales de los problemas humanos.<sup>13</sup>

12 En palabras de Simmel “*el individuo se busca a sí mismo como si aún no se poseyera, y sin embargo está seguro de tener en su yo el único punto firme. Dada la inaudita ampliación del horizonte teórico y práctico es más comprensible que busque con una insistencia creciente dicho punto, pero ya no lo puede encontrar en ninguna instancia exterior al alma*” (Simmel citado por Álvarez-Uría, 2004, 104).

13 Castel recurre a dos analogías para explicar este proceso:

a.- Paso de la Secta a la Iglesia (Sociología de la Religión): Remite al estudio del ejercicio del Poder al interior de las organizaciones, pasando de ser carismático (secta) a buro-

Álvarez-Uría ubica el nacimiento y consolidación del psicoanálisis en el proceso de individualización que caracterizó a la modernidad y que encontró en el ambiente intelectual de la Viena de principios del siglo XX las condiciones necesarias. Este grupo de intelectuales, principalmente judíos, encontraron en la propuesta de la supremacía de lo interior (Yo), el argumento indispensable para reconstruir su *identidad social amenazada*. Ante las amenazas del sionismo y de los nacionalismos, el psicoanálisis propició el desarrollo de un lenguaje de protección y expresión a partir de la vinculación entre la exploración psicológica y la expresión artística. De allí que las distintas manifestaciones estéticas reflejan esta tendencia contracultural: Schnitzer en la dramaturgia, Klimt al igual que Kokoschka en la pintura y Schoenberg en la música.

Es así como surge en 1910 la Asociación Psicoanalítica Internacional, en el marco del Segundo Congreso de Psicoanalistas realizado en la ciudad de Nuremberg y en el cual participan tres grupos: Viena, Berlín y Zurich. El primer grupo estadounidense se conformó en 1911, el primer grupo inglés en 1913 y el primer grupo francés en 1926.

Es en la obra de Sigmund Freud (1856-1939) donde nace el campo teórico y práctico del psicoanálisis. Su formación académica estuvo fuertemente influenciada por las investigaciones de su profesor y neurólogo J.M. Charcot sobre la histeria de conversión como enfermedad mental y que para muchos autores constituyen el inicio de la psiquiatría. Este rol social de un médico especializado en enfermedades del sistema nervioso lo condujo a centrar su atención en los aspectos científicos y académicos, abandonando lo terapéutico (a pesar de ser médico encargado en la Sal-

cratizado, objetivizado en funciones (Iglesia), lo que permite su expansión en el exterior ya que, por una parte, el poder se jerarquiza, es posicional, se crean intermediaciones; mientras que, por otro lado, se difunde por cualquiera de sus miembros, más allá de la organización, por canales institucionales, acciones que posibilitan modificar las relaciones de fuerza externas con otras instancias.

- b.- Paso de una organización artesanal de tipo corporativo a una organización semi-industrial: Remite al estudio de sus *inversiones institucionales*. Inicialmente, la institución establece los criterios para reclutar y supervisar la clientela y sus agentes en función de sus propios fines, es la que establece el contrato. Ahora este papel va a ser asumido por las sociedades-corporaciones que posteriormente se transformarán en sociedades-sindicatos o sociedades-agencias de empleos. Estas sociedades se constituyen en un sostén institucional objetivo en el cual se planifican las funciones e intereses de un grupo de individuos.

pêtrière). Su principal interés se orientó “*hacia los pacientes cuyos cuadros clínicos indicaban enfermedades neurológicas o se parecían a estas*” (Szasz, 1994, 36). De esta manera, los histéricos o simuladores pasan a asumir el rango de enfermos mentales. Por lo tanto, la orientación de la obra de Charcot era expresión del modelo médico convencional de enfermedad vigente para su época. De allí que el origen de estas enfermedades se adhería al punto de vista organicista o físico-químico.

Freud publica en 1895 conjuntamente con J. Breuer el libro *Studies of Hysteria*, en el cual se produce una ruptura significativa con la obra de su predecesor: ahora las causas de las neurosis como la histeria eran psicológicas y no fisiológicas como lo planteó Charcot, y por lo cual se hacía necesario un nuevo tipo de terapia: el psicoanálisis.<sup>14</sup> Ahora,

*“los adjetivos mental, emocional y neurótico son simplemente recursos para codificar... las diferencias entre dos clases de incapacidades o problemas para enfrentar la vida. Una categoría consta de enfermedades corporales –p. ej., lepra, tuberculosis o cáncer–, las cuales al impedir el funcionamiento perfecto del cuerpo humano considerado máquina, dificultan la adaptación social. En contraste con la primera categoría, la segunda se caracteriza por dificultades en la adaptación social, no atribuibles a la disfunción de la máquina, sino causadas más bien por los propósitos a la que esta debe servir, y que están determinados por quienes la construyeron –los padres, la sociedad– o la usan, es decir, los individuos”* (Szasz, 1994, 52).

En otras palabras, Freud establece nuevos marcos de explicación para la conducta humana. Ahora van a coexistir las neurosis y las psicosis.

14 Álvarez-Uría corrobora este cambio en la siguiente cita: “Freud contribuyó al nacimiento del nuevo imperio de la psicología profunda pero para ello, como observó Michel Foucault, tuvo que transferir al psicoanalista y al terapeuta, en el marco de una sociedad puritana y de una relación contractual, los poderes taumatúrgicos de los que gozaban en el manicomio los viejos alienistas. No solo descubrió las tinieblas del inconsciente..., sino que creó también un manual de instrucciones para adentrarse en las profundidades de ese mundo oscuro, numinoso, en donde mora una fuerza irracional que guarda en su interior la savia de la vida.... Freud acometió... la ardua tarea de proyectar sobre el mundo social el modelo psicoanalítico” (Álvarez-Uría, 2004, 116-117).



Álvarez-Uría afirma que *“Freud, siguiendo la senda de su maestro parisino Charcot, pero con el espíritu de los artistas, trató de enfrentarse a los demonios que torturan las almas y, así, abrió para la psicología profunda el nuevo continente de las neurosis. La clave de los malestares de la existencia se encuentra en nuestro interior”* (Álvarez-Uría, 2004, 114). Esos factores psicológicos estaban asociados a la sexualidad, específicamente a la libido, planteamiento que le distanciara de Breuer.

Estas afirmaciones tuvieron un impacto significativo en el mundo occidental de principios del siglo XX. Auge del organicismo, esquemas sexuales restringidos, tabúes, etc., eran característicos de la época y el psicoanálisis se constituyó, en buena parte, en contra de esas representaciones y prácticas represivas de la sexualidad. Pero va más allá. No solo encuentra en la libido el elemento causal de las enfermedades mentales, sino que ésta se constituye en el elemento estructurador de la actuación de los individuos (lo que Castel denomina el investimento libidinal de los individuos en una estructura social) así como también de las características objetivas de la organización social (el investimento libidinal de las instituciones). En palabras de Zweig, Freud *“profundizó en la concepción del mundo de toda una generación, le enseñó el camino que conduce al conocimiento de sí mismo, la senda peligrosa hacia la profundidad del Yo”* (Citado por Álvarez-Uría, 2004, 114-115); Schorske afirma en este sentido que *“toda política es susceptible de ser reducida al conflicto primario entre padre e hijo”* (Citado por Álvarez-Uría, 2004, 112).

### **La migración europea y su impacto en el Psicoanálisis Latinoamericano**

La entrada en escena del psicoanálisis en cuanto saber concurrente del orden psiquiátrico en el caso de Venezuela es de muy reciente data y está fuertemente influenciada por lo que fue el nacimiento y desarrollo de esta disciplina en todo el continente latinoamericano. En este devenir, se hace necesario reseñar el papel inicial que jugaron los procesos migratorios, principalmente de inmigración europea, que le asignaron una especificidad propia.

Hasta principios del siglo XIX, el espectro demográfico de América Latina estaba conformado por las razas aborígenes, la presencia de los colonizadores, principalmente españoles y portugueses, los esclavos negros

y mestizos en sus distintas variantes. Este escenario cambió drásticamente a finales de este siglo y hasta la mitad del siglo XX gracias al fuerte proceso de inmigración que vivieron algunos países como Argentina, Brasil, Cuba, Uruguay y Chile.<sup>15</sup>

Como factor de atracción de este proceso migratorio, se puede mencionar el proceso económico de expansión que vivieron algunas de las economías latinoamericanas durante ese período. A partir de 1880 la búsqueda de nuevos mercados y materias primas convertirá a América Latina en un foco de atracción para Europa y Norteamérica. Las élites latinoamericanas veían bien el desarrollo de las relaciones comerciales con el exterior, algo que les permitiría obtener grandes beneficios económicos, pero que llevaría a sus países a la dependencia económica del exterior. Las economías de muchos países latinoamericanos en el último tercio del siglo XIX se orientaron a la exportación de estos productos agrícolas (economías agroexportadoras) lo que no repercutió en grandes cambios estructurales de las economías nacionales; sin embargo, la modernización afectó de diversa manera a algunos de los países e impulsó el crecimiento económico y la formación de nuevos grupos socioeconómicos. No obstante, la falta de capital continuó y la inversión de capital extranjero se incrementó.

---

15 Entre las causas que motivaron este proceso migratorio se pueden mencionar como factor de expulsión de sus países de origen las guerras y los conflictos políticos reinantes en Europa durante este período: Croacia, los primeros inmigrantes provenientes desde la región de Dalmacia llegaron a mediados del siglo XIX escapando de las guerras en aquella zona o simplemente por las pestes que ocurrieron en las islas del Mar Adriático; España, la principal inmigración hispana se produjo a causa de la huida de españoles debido a la Guerra Civil Española en los años 1930; Grecia, la mayoría de los inmigrantes helenos llegaron a comienzos del siglo XX, escapando de los rigores de la Primera Guerra Mundial y de la catástrofe de Esmira, en Asia Menor; Alemania, en la cual muchos judeoalemanes se establecieron en América Latina durante la Segunda Guerra Mundial huyendo del Holocausto; Italia, producto de los efectos de las Guerras Mundiales y del régimen fascista de Mussolini; Rusia, en la cual los inmigrantes rusos comunistas huyeron durante la Guerra Civil Rusa. Con respecto a otras regiones, como Europa del Este y las zonas del Cáucaso, llegaron inmigrantes principalmente judíos de Polonia, Hungría y la República Checa escapando del nazismo entre las décadas de 1930 y 1950; algunos inmigrantes caucásicos, generalmente de Armenia, se establecieron en Latinoamérica durante las primeras décadas del siglo XX, debido a las limpiezas étnicas realizadas por el Imperio Otomano en algunas zonas del oriente de la actual Turquía.

Las inversiones norteamericanas a partir de 1898 se centraron en el sector agrario, seguido del sector minero –por ej., el cobre en Chile–, el petróleo y los tendidos ferroviarios. Después de la Primera Guerra Mundial las inversiones de Alemania y Francia fueron desbancadas por EE.UU. Especialmente en Centroamérica el capital norteamericano llegó a ser muy activo con el desarrollo de las compañías bananeras. Europa pierde su protagonismo y EE.UU. ocupa el papel de actor dominante. La economía latinoamericana experimentó momentos de expansión de 1880 a 1929, pero la recesión debida a la crisis de 1929 afectó al empleo, las exportaciones y por último a la vida social y política de esos países. Posteriormente, durante los años de la Segunda Guerra Mundial, algunas economías regionales experimentaron un cierto auge, esto combinado con políticas populistas, como fue el caso en Argentina del peronismo, lo que produjo una relativa calma y mejoras sociales.

Todo este escenario propició la migración de un grupo importante de intelectuales de distintas disciplinas a América, entre ellas el psicoanálisis. Como señala Aberaustery *“el movimiento psicoanalítico latinoamericano tiene sus raíces en el encuentro entre la pujanza de un grupo de intelectuales regionales que reconocieron precozmente lo revolucionario del descubrimiento freudiano y varios psicoanalistas formados en los grupos de Viena y París, y en el Instituto de Berlín. Provenían todos ellos de una epopeya europea signada por la tragedia de dos guerras mundiales”* (Aberaustery, 2005, 1). En este mismo sentido, León afirma que a diferencia de lo que sucedió en los Estados Unidos a raíz de la visita de Freud en 1909 que provocó un poderoso impulso al naciente movimiento psicoanalítico, en Latinoamérica llegaron *“algunos jóvenes psicoanalistas europeos que dejaban sus países debido a las circunstancias políticas que vivían en esa época: tal es el caso de Marie Langer, quien abandonó Austria en 1937 estableciéndose primero en Montevideo y desde 1942 en Buenos Aires; y Ángel Garma, psicoanalista español formado en Berlín que llegó a Buenos Aires en 1938”* (León, 1982, 3).

En este mismo sentido, pero referido específicamente al caso argentino, Markez afirma que: *“Así como ocurrió con los inmigrantes cuyo abo-  
lengo desciende de los barcos que los transportaron desde Europa, sucedió también con los iniciadores y fundadores del movimiento psicoanalítico,*

*buena parte de ellos europeos, con algunas excepciones, como Raskovski y Pichón Rivière (europeo, emigrado en la infancia) que provenían de las provincias argentinas. Con anterioridad a esta fundación, la Argentina había albergado a una veintena de psicólogos y psiquiatras centro-europeos exiliados de la segunda guerra, en su mayoría judíos perseguidos por el régimen de Hitler y con el explícito deseo de no dejarse matar” (Markez, 2003, 69).*

En Latinoamérica el psicoanálisis tiene sus primeros exponentes en la obra de Germán Greve y Fernando Allende Navarro en Chile; Francisco Franco de Rocha en Brasil; Honorio Delgado en Perú; Ángel Garma y Enrique Pichón Rivière en Argentina.

Germán Greve (1869-1954), descendiente de europeos, fue comisionado por el gobierno de Chile a fines del siglo XIX a que viajara por Europa e informara de los avances en ese continente de la electroterapia y la construcción de establecimientos para enfermos mentales. En 1910 presentó en el Congreso Interamericano de Medicina e Higiene realizado en Buenos Aires, específicamente en la Sección de Neurología, Psiquiatría, Antropología y Medicina Legal, un trabajo sobre *“Psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos”* en el cual plasmó las primeras referencias a la teoría freudiana en Latinoamérica y de una manera positiva. En dicha conferencia señala:

*“A pesar del impulso que en los últimos años se ha dado al estudio de las neurosis y de las hipótesis y teorías, a cuál más ingeniosa y sugestiva, que se han emitido, muy lejos se está de una solución definitiva del importantísimo problema de su génesis y mecanismos de formación.*

*El problema ha sido abordado, por distinguidísimos investigadores, desde los más distintos puntos de vista, pero teniendo siempre presente la clásica nosografía de Charcot. En efecto, a pesar del aparente antagonismo de las opiniones emitidas, hay en todas ellas o en casi todas, un fondo común que revela un culto a las lecciones del insigne maestro.*

*La teoría más rudamente combatida es, sin duda, la del profesor vienés Freud; la importancia que da a la sexualidad en la génesis de las neurosis, es la causa de los más acerbos ataques*

*en mucha parte anticientíficos y preocupados, como no era de esperarlo de otro modo en materia en que predominan las más arraigadas convicciones de orden convencional y social.*

*Resumiremos, en cuanto nos sea posible para no perder en claridad, el desarrollo actual que tiene esta doctrina, tal cual la comprendemos nosotros, doctrina que desde que se empezó a desarrollar, ha seguido evolucionando hasta constituir la base de toda una nueva psicología. A ella nos llevan los vínculos demasiado íntimos que tienen con la materia que preferentemente hemos de abordar, y permítasenos poner frente a frente la opinión que Freud tiene sobre la etiología primera de las neurosis, con la que Janet ha emitido sobre la misma cuestión, ya que quisiéramos hacer notar las concordancias de ambas, a fin de conciliarla con opinión tan distinguida.*

.....

*Pero insisto ante vosotros, que de un atento estudio de las teorías de Freud, teorías basadas en la más escrupulosa y paciente observación de hecho clínicos que se pueda exigir, podréis cosechar mucho, muchísimo que pueda favorecer a vuestros enfermos” (Greve, 1910, 1,14).*

A pesar de esta notoria reflexión acerca de la teoría freudiana y del papel del psicoanálisis que conllevaron a que el mismo Freud lo mencionara, en 1911, en el *Zentralblatt für Psychoanalyse* señalando que en sus planteamientos expone el contenido esencial de la doctrina de la represión y el significado etiológico de los momentos sexuales para la neurosis, algunos autores afirman que no se le conoce otra contribución importante posterior (Davanzo).

Fernando Allende y Navarro (1890-1981) es considerado como uno de los primeros psicoanalistas originarios de Suramérica. Siendo adolescente se traslada a Europa donde regresa a Chile en 1925 tras cursar estudios en Suiza y en Bélgica para formarse como Médico, Psiquiatra y Psicoanalista, dedicándose a difundir las doctrinas de Freud en su país. En 1926, revalida su título de médico con un trabajo sobre *El valor del Psicoanálisis en Policlínico: Contribución a la Psicología Chilena*. Actúa

principalmente en la práctica privada de la psiquiatría y el psicoanálisis sin incursionar en los medios académicos. Aun con estas limitaciones, logra una influencia importante a través del psicoanálisis personal y la formación de médicos que llegarían a ser personalidades importantes en la psiquiatría chilena, entre los cuales se puede mencionar a Carlos Núñez Saavedra, Ignacio Matte Blanco y al sacerdote jesuita Abdón Cifuentes, profesor de la Facultad de Teología de la Universidad Católica.

Francisco Franco de Rocha (1864-1933) fue el precursor de los estudios sobre Freud en Brasil. Comenzó sus escritos sobre Psiquiatría en 1895 y dictó cursos formales sobre psicoanálisis en la Cátedra de Neurología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de 1918 a 1923. Fundador en esta región del Hospital de Juqueri, primer hospital psiquiátrico en Brasil concebido en términos de una colonia agrícola en la cual los internos, ya no en condición de encarcelados, pudiesen realizar actividades productivas y donde se empezaron a aplicar algunos de los medicamentos existentes en la época para el tratamiento de estas enfermedades. Propugnó la necesidad de la creación de un Laboratorio de investigación sobre Anatomía Patológica o Patología Experimental. En 1920 publicó *Pan-sexualismo na doutrina de Freud*, que es considerada una de sus obras más importantes. En algunos de sus trabajos trató de establecer relaciones entre las creaciones artísticas y las perturbaciones psicológicas y mentales observadas a través de las obras de artistas como Cervantes, Shakespeare y Moliere a los cuales catalogó como “*tipos psicológicos mórbidos*” en tanto que Poe y Baudelaire fueron considerados como afectados por trastornos psicopáticos. Fue uno de los pioneros de la Psiquiatría Social y Forense (al establecer que todo criminal encerraría conductas patológicas de acuerdo con la cual se le aplicarían medidas de seguridad social), así como de la Psicología Social (al estudiar los desórdenes mentales de las multitudes vinculados a la raza o a la religión) y de la Psicología Jurídica. También fue precursor del movimiento de Higiene Mental con base en sus escritos sobre el alcoholismo y otros problemas sociales como la delincuencia. Fue cofundador, con Durval Marcondes, en noviembre de 1927 de la Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), primera sociedad psicoanalítica de Brasil.

Honorio Delgado (1892-1969) estudió Ciencias Naturales en la Universidad del Gran Padre San Agustín de Arequipa, donde se graduó de

bachiller en 1914, con la tesis *Las grandes cuestiones de la herencia*. Su primer trabajo en el cual difunde el psicoanálisis en Perú aparece en 1915, con un artículo en el diario *El Comercio* de Lima, titulado *El Psicoanálisis*, que luego profundiza y lo publica en un libro del mismo nombre en 1919 con el cual optó al grado de Bachiller en Medicina.

Honorio Delgado fundó junto a Valdizán la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* en 1918. Freud se refiere a esta revista como órgano del movimiento psicoanalítico y valora el trabajo de Honorio Delgado. Este conoce a Freud en 1922 y mantiene correspondencia con él hasta 1924; se vincula también con importantes figuras del psicoanálisis en Europa. Su otro libro sobre el tema se denomina *Sigmund Freud* (1926) y fue traducido al portugués. Junto a Óscar J. Trelles, creó la *Revista de Neuropsiquiatría* (1938).

Fue uno de los pioneros en incorporar los tratamientos biológicos en psiquiatría y que después se conocería como psicofarmacología, quimioterapia o terapéutica química, aplicada al tratamiento de las enfermedades mentales y emocionales. Como interno del Hospicio de Insanos, en 1917, introdujo el nucleinato de sodio en el tratamiento de la agitación en la manía y en la esquizofrenia y, en 1919, del luminaz en el control de las crisis convulsivas. Estimuló el uso de psicofármacos y fue autor de las primeras observaciones en ese campo. Introdujo en el Perú el primer fármaco antipsicótico, la clorpromazina, en 1953, un año después de su aparición en Francia.

León se refiere a Delgado como “*el más importante difusor de las ideas de Freud no solo en el Perú sino también en el resto de América Latina*” (León, 1982, 173). Esta afirmación la sustenta en un estudio bibliométrico realizado por la Internationale Zeitschrift Für Psychoanalyse, primer órgano difusor de la Asociación Psicoanalítica Internacional, fundada en 1913 por Freud. En 1919, aparece por primera vez la mención a los trabajos de Delgado en los escritos de Freud y se mantiene una referencia constante en diversas publicaciones (1919, 1920, 1921, 1927) de esta Revista, a diferencia de otros psicoanalistas latinoamericanos. En 1923, en una edición de *La Historia del Movimiento Psicoanalítico*, Freud agrega una nota refiriéndose a Delgado y en 1946 en el *Kurser Abriss de Psychoanalyse* lo menciona al igual

que la Revista de Psiquiatría que dirige. Freud reseñó algunas de sus cualidades al analizar su trabajo intitulado *Algunos aspectos de la psicología del niño: "Una buena presentación de las concepciones psicoanalíticas sobre el desarrollo del niño y la formación del carácter"* (Freud citado por León, 1982, 177).

En este mismo orden de ideas, León retoma a Abrahams, el cual en un informe realizado en 1921 sobre *"las primeras publicaciones psicoanalíticas en idioma español nos han llegado de Suramérica"* destacó las obras de Delgado y dedicó casi toda su extensión al comentario de éstas. *"Gran minuciosidad y clara comprensión de la materia como un todo, aún en las aplicaciones extramédicas del psicoanálisis"* (Abraham citado por León, 1982, 177). Abraham además de poseer una relación muy cercana a Freud dominaba varios idiomas, lo que posibilitó su incorporación como redactor a la Revista. Tal fue la influencia de Delgado en el mundo del psicoanálisis en general que una de sus obras *El atractivo de los ojos* publicada en 1921 fue traducida tiempo después al alemán por el mismo Abraham. Finalmente, fue uno de los 31 psiquiatras fundadores en Zúrich del Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) en 1957.

Ángel Garma (1904-1993) estudió Medicina en Madrid y se graduó en 1927. Su labor profesional se inició al lado de José Miguel Sacristán en el psiquiátrico de Ciempozuelos, el cual le inculcó la necesidad de orientarse hacia la neurología y la psiquiatría alcanzando el diploma de psiquiatría en la Universidad de Tubinga en 1929. Años más tarde, desarrolló estudios de perfeccionamiento en Berlín con Von Hoefffer, y formó parte del Instituto Psicoanalítico de Berlín, siendo director del mismo Max Eitingon. Allí conoció a F. Alexander, B. Bornstein, F. Fromm-Riechman, E. Jakobson, W. Reich, S. Bernfeld, René Spitz, C.G. Jung, Groddeck, Adler y otros.

Entre sus primeras obras se pueden mencionar *La transferencia afectiva en el psicoanálisis* y *Cómo se estudia el psicoanálisis*, en las cuales manifiesta su conocimiento sobre los planteamientos de Freud. En 1931, obtuvo su diploma de estudios de grado como psicoanalista, e ingresa a la Asociación Psicoanalítica Alemana, tras la presentación de su trabajo *La realidad y el ello en la esquizofrenia*, en el cual asume posturas que



comienzan a distanciarse de las posiciones clásicas de Freud sobre la estructura de las neurosis y las psicosis.

Retorna a su país natal en 1931 y comienza a ejercer su labor profesional intensamente bajo esta nueva perspectiva. Markez afirma al respecto lo siguiente:

*“Regresó a Madrid en 1931, e integró el ambiente cultural y científico dominante en los años previos a la Guerra Civil pero encontró una fuerte oposición por parte de los psiquiatras. Él era el primer psicoanalista entrenado como tal que ejercía en España. Trabajó como psiquiatra en el Tribunal Tutelar de Menores en Madrid. Dio cursos y conferencias sobre psicoanálisis en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, en la Liga de Higiene Mental y en el servicio hospitalario que dirigía su maestro, Gregorio Marañón. Publicó el libro “El psicoanálisis, la neurosis y la sociedad” y otros 17 artículos con temas tan variados como el sueño, la sexualidad, el origen de la neurosis, el inconsciente, la paranoia, la homosexualidad o los mecanismos de curación en el psicoanálisis. Contactó con los médicos interesados en la formación psicoanalítica, con intención de crear un instituto y asociación psicoanalíticas que pudieran asociarse a la IPA ” (Markez, 2003, 69).*

Este proyecto se vio truncado por la guerra civil, por lo que decidió trasladarse a Francia, permaneciendo primero en Burdeos y luego en París, donde conoce a Celes Ernesto Cárcamo, joven argentino que se estaba formando en el Instituto Psicoanalítico Francés. Ante la postura asumida por el gobierno francés tanto en lo concerniente al conflicto interno español como con respecto al incremento del poderío militar alemán que desembocaría años después en la II Guerra Mundial, tomó la decisión de emigrar a Argentina estableciéndose en Buenos Aires en 1938, país en el cual residían algunos de sus familiares más cercanos.

Estando en Buenos Aires, revalidó su título en la Universidad de la Plata y se doctoró, siendo su tesis *“Psicoanálisis de los sueños”*. Junto a Arnaldo Rascovsky puso en marcha el movimiento psicoanalítico argentino. En 1942, junto a otros psiquiatras residentes en Argentina, como Enri-

que Pichón Rivière, Marie Langer, Ernesto Cárcamo, y más tarde con Ferrari-Hardoy y Arnaldo Rascovsky, fundaron la Asociación Psicoanalítica Argentina, APA, la primera de Latinoamérica, con sede en Buenos Aires y fue el primer presidente de la institución. Un año más tarde, comenzaron a editar la *Revista de Psicoanálisis*, primera publicación de esta materia de habla castellana. En 1945, fundó el Instituto Psicoanalítico de Buenos Aires, siendo su primer director. En 1957, dictó un curso de extensión universitaria en la Facultad de Medicina y se hizo cargo de la cátedra de Psicología General de la Universidad de La Plata, creándose ese mismo año la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires. Luego, fue profesor visitante de la Escuela de Psiquiatría de Kansas en 1962.<sup>16</sup>

Su trayectoria científica fue reconocida tanto por el gobierno de España como el de la Argentina y fallece en Buenos Aires en enero de 1993, pocas semanas después de publicada la actualización de su libro *El Psicoanálisis: Teoría, Clínica y Técnica*.

Enrique Pichón Rivière (1907-1977) nació el 25 de junio de 1907 en Ginebra, Suiza, de padres franceses. Emigran a la Argentina en 1910 cuando Enrique tiene apenas tres años y siendo el menor de toda su familia. Diversas fueron las razones que propiciaron esta migración. Algunos autores señalan, coincidiendo con lo planteado anteriormente, que el Gobierno argentino para ese período histórico fomentaba la inmigración de europeos al país dándoles toda clase de facilidades incluso otorgándoseles tierras (Adamson). Otros autores afirman que esta partida fue propiciada por la crítica radical de sus padres, provenientes de una clase burguesa del sur de Francia, a las normas culturales de la época y el sentido progresista de sus ideas (partidarios de propuestas socialistas, admiradores de la poesía de Rimbaud y Baudelaire, etc.).

Luego de un paso por la ciudad de Buenos Aires se trasladan al Chaco y posteriormente deben emigrar a Corrientes en virtud de la necesidad

---

16 Entre sus principales obras, editadas en Buenos Aires, se pueden mencionar *El método psicoanalítico de interpretación de los sueños* (1936), *Evolución y nuevos problemas de la teoría psicoanalítica*. *Psicoterapia* (1937), *El psicoanálisis; presente y perspectivas* (1942), *Psicoanálisis de las guerras* (1942), *Sadismo y masoquismo en la conducta* (1945), *El dolor de cabeza* (1954), *Psicoanálisis de los sueños* (1956), *Génesis psicoanalítico y tratamiento de las úlceras gástricas* (1959), *Psicoanálisis del arte ornamental* (1961), *El psicoanálisis: teoría, clínica y técnica* (1962), *Introducción al psicoanálisis para educadores* (con Anna Freud, 1971).

de poner en práctica los conocimientos sobre la industria textil y el algodón que poseía su padre, sin llegar a tener éxito. Este hecho tuvo una gran incidencia en la vida de Pichón Rivière ya que el contraste entre su cultura europea de origen y la influencia de la cultura guaraní en los distintos ámbitos de su nueva vida era muy marcado.

En una entrevista concedida a Zito Lema en 1976, Pichón Rivière evidencia la significación de esta vivencia en toda su obra:

*“Se dio así en mí la incorporación, por cierto que no del todo discriminada, de dos modelos culturales casi opuestos. Mi interés por la observación de la realidad fue inicialmente de características precientíficas y, más exactamente, míticas y mágicas, adquiriendo una metodología científica a través de la tarea psiquiátrica.*

*La internalización de estas estructuras primitivas orientó mi interés hacia la desocultación de lo implícito, en la certeza de que tras todo pensamiento que sigue las leyes de la lógica formal, subyace un contenido que, a través de distintos procesos de simbolización, incluye siempre una relación con la muerte en una situación triangular.*

*Ubicado en un contexto donde las relaciones causales eran encubiertas por la idea de la arbitrariedad del destino, mi vocación analítica surge como necesidad de esclarecimiento de los misterios familiares y de indagación de los motivos que regían la conducta de los grupos inmediato y mediato. Los misterios no esclarecidos en el plano de lo inmediato (lo que Freud llama “la novela familiar”) y la explicación mágica de las relaciones entre el hombre y la naturaleza determinaron en mí la curiosidad, punto de partida de mi vocación por las Ciencias del Hombre.*

*Algo de lo mágico y lo mítico desaparecía entonces frente a la desocultación de ese orden subyacente pero explorable: el de la interrelación dialéctica entre el hombre y su medio”(Zito, 1976).*

Cursa sus estudios secundarios en la ciudad de Goya, Provincia de Corrientes, en los cuales tiene su primer encuentro con la obra de Freud.

Una vez culminados en 1924 comenzó sus estudios de medicina en la ciudad de Rosario, terminándolos en 1936 en la ciudad de Buenos Aires. Inició sus prácticas como psiquiatra en El Asilo de Torres, ubicado en las cercanías de Luján, provincia de Buenos Aires. Una vez recibido, comenzó a trabajar en el Hospicio de Las Mercedes, lugar en el que se desempeñó profesionalmente durante 15 años.

Durante su labor en este hospicio desarrolló una de sus primeras propuestas conceptuales, como lo fue el “Grupo Operativo”. A partir de evidenciar el maltrato que sufrían los pacientes por parte de los enfermeros, planteó la necesidad de organizar en grupos a estos últimos para discutir e intercambiar ideas, en virtud de su experiencia, de los diferentes casos que trataban a fin de darles una visión general del papel de la psiquiatría. En un segundo momento, este planteamiento del “Grupo Operativo” se hizo también extensivo a los enfermos que mejor estado de salud poseían, alcanzando resultados muy favorables.

Este proyecto implicó una renovación general de la psiquiatría al introducir la psicoterapia grupal. Además se cuestionaba el tradicional enfoque en psiquiatría basada en el par contradictorio salud-enfermedad, por el de adaptación pasiva-adaptación activa, al considerar la posibilidad de asignarle participación al enfermo en su propio proceso curativo. Esta alternativa terapéutica fue duramente criticada por otros psiquiatras que laboraban en el mismo hospicio y lo llevaron a renunciar.

En sus trabajos Pichón Rivière toma del Psicoanálisis su concepto de inconsciente, su concepto de deseo que retraduce como necesidad, la eficacia de las identificaciones vinculares inconscientes en la constitución del esquema referencial subjetivo que opera con base en las experiencias, conocimientos y afectos que repercuten sobre el individuo y que le permiten operar en el mundo así como tener una comprensión acabada de las vicisitudes subjetivas en los procesos de cambio.

A pesar de reconocer la importancia de la obra de Freud que le orientó para comprender la estructura y características de la conducta de sus

pacientes, Pichón Rivière replantea la interrelación entre el individuo y la sociedad. Si para Freud la orientación de las actuaciones de los individuos era principalmente instintiva (libido), para Pichón Rivière la intencionalidad de las acciones debe localizarse en su teoría del vínculo. Para Pichón Rivière *“el código, el sentido de los delirios y síntomas psicóticos de sus pacientes puede hallarlos en la estructura familiar. O sea que la clave de las significaciones específicas de ese paciente la posee la familia, esa estructura que trasciende la individualidad y que tiene efectos de constitución sobre la misma”* (Pichón Rivière citado por Zito, 1976). En este sentido, el sujeto es concebido en tanto sujeto social, resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases. Esta orientación en la cual predomina la actividad relacional de los individuos y los grupos en la sociedad lo conducirán desde una concepción del psicoanálisis ortodoxo hacia el desarrollo de un nuevo enfoque epistemológico como lo es la Psicología Social, al cual le dedicaría el resto de sus obras. En este sentido, Pichón Rivière cuestiona a Freud en que pese a percibir la falacia de la oposición dilemática entre psicología individual y psicología colectiva, su apego a la *“mitología”* del psicoanálisis, la teoría instintivista y el desconocimiento de la dimensión ecológica le impidieron llegar a la conclusión de que toda psicología, en un sentido estricto, es social. Migración de la que da cuenta en su libro *Del psicoanálisis a la psicología social* en el que concibe a la Psicología Social como una democratización del Psicoanálisis.

A principios de la década de los 40, fundó junto con Ángel Garma, Celes Ernesto Cárcamo y Arnaldo Rascovsky, la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), de la que posteriormente se alejaría, interesado en el aspecto social y la actividad de los grupos en la sociedad, llevándolo a trabajar en la Escuela de Psicología Dinámica, luego denominada Escuela de Psicología Social.

En 1960, Pichón Rivière enuncia una de sus propuestas teóricas más importantes: el Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO): *“Defino al ECRO como un conjunto organizado de conceptos generales, teóricos, referidos a un sector de lo real, a un determinado universo de discurso, que permiten una aproximación instrumental al objeto particular (concreto). El método dialéctico fundamenta este ECRO y su particular dialéctica”* (Zito, 1976). Pichón Rivière toma como aportes para su

construcción conceptualizaciones de Freud, Melanie Klein, G. H. Mead desde la perspectiva intrapsíquica y a Kurt Lewin y su metodología para investigar en grupos a través de la investigación activa.

De acuerdo con este viraje del Psicoanálisis a la Psicología Social, Pichón Riviére llegó a manifestar años después lo siguiente sobre el escenario psiquiátrico argentino:

*“...Existe en nuestra sociedad, un aparato de dominación destinado, en última instancia, a perpetuar las relaciones de producción; vale decir relaciones de explotación. Este aparato de dominación tiene sus cuadros en psiquiatras, psicólogos, y otros trabajadores del campo de la salud, que vehiculizan, precisamente, una posición jerárquica, dilemática y no dilemática de la conducta. Son líderes de la resistencia al cambio, condicionantes de la cronicidad del paciente, al que tratan como un sujeto equivocado desde un punto de vista racional. Estos agentes correctores, cuya ideología y personalidad autocrática les impide incluir una problemática dialéctica en el vínculo terapéutico, establecen con sus pacientes relaciones jerárquicas en las que se reproduce el par dominador-dominado. Se incapacitan, así, para comprometerse, también ellos, como agentes-sujeto de la tarea correctora...”*(Zito, 1976).

En síntesis, después de analizar los planteamientos y obras de algunos de los primeros intelectuales que se vincularon con el Psicoanálisis, uno de los aspectos más resaltantes es lo que Finchelstein denomina “la transnacionalidad del sujeto histórico psicoanalítico”.

A nivel de toda Latinoamérica, el país en el cual el psicoanálisis tuvo una mayor repercusión fue Argentina. De hecho, el psicoanálisis tuvo su primer centro de actividad en Viena con la obra de Freud, luego en Nueva York y después en Buenos Aires. Como se señaló anteriormente, la primera Asociación Psicoanalítica latinoamericana se instauró en 1942 en Buenos Aires siendo Ángel Garma su primer presidente.

Visacovsky plantea algunas de las razones por las cuales Argentina juega un papel protagónico en esta etapa inicial cuando argumenta que “*el alto componente inmigratorio del país, la consecuente supuesta carencia*

*de identidad nacional y la búsqueda de identidades alternativas basadas en los valores seculares e individualistas de las profesiones liberales ha sido postulada como explicación de su desarrollo; además, se sumó su capacidad para constituirse como alternativa profesional exitosa dentro de la medicina para la clase media ascendente” (Visacovsky, 2).*

A continuación, se muestra un cuadro con los años de inicio de las Asociaciones y Sociedades Psicoanalíticas Latinoamericanas afiliadas a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). (Cuadro N° 2).

### **La aparición tardía del Psicoanálisis en Venezuela y la posterior influencia de Lacan**

**En el caso de Venezuela**, la primera observación que resalta es su **“aparición tardía”** en el escenario del psicoanálisis, tanto mundial como regional. Al igual que lo sucedido en otros países latinoamericanos, los primeros escritos sobre el psicoanálisis en Venezuela son el resultado de la incursión de profesionales de la Medicina en esta disciplina. Los inicios de esta disciplina se remontan a la década 50-60 con los trabajos de los Dres. H. Quijada y G. Teruel, ambos provenientes del campo de la Medicina y formados en el extranjero específicamente en Europa: el primero en Londres y el segundo en Francia.

El Doctor Hernán Quijada realiza sus estudios en la Universidad Central de Venezuela durante el período 1937-1942. Años antes de obtener su grado de Doctor en Medicina se dedica a estudiar el campo de la psiquiatría infantil.

**CUADRO N° 2**  
**Asociaciones y Sociedades Psicoanalíticas Latinoamericanas afiliadas**  
**a la Asociación Psicoanalítica Internacional**

PAÍS	NOMBRE	AÑO DE FUNDACIÓN
ARGENTINA	Asociación Psicoanalítica Argentina	1942
BRASIL	Sociedad Brasileña Psicoanalítica de Sao Paulo	1944
CHILE	Asociación Chilena de Psicoanálisis	1949
URUGUAY	Asociación Psicoanalítica de Uruguay	1955

MÉXICO	Asociación Mexicana de Psicoanálisis	1956
COLOMBIA	Asociación Psicoanalítica de Colombia	1962
VENEZUELA	Asociación Venezolana de Psicoanálisis	1971
PERÚ	Sociedad Peruana Psicoanalítica	1980

Fuente: Elaboración propia.

Su preocupación por los problemas sociales de la infancia lo lleva a una asistencia asidua a la Casa de Observación para Menores de Caracas, que le sirve como sustrato para su primer trabajo de investigación que se constituye en su tesis de grado *Traumatismos del cráneo y trastornos de la conducta o carácter de los niños* en 1942. Poco después, Quijada continúa su práctica médica pero orientada hacia la psiquiatría de adultos, lo que lo llevó a ocupar sucesivamente los cargos de Médico Residente, Médico Adjunto, Médico Jefe de Servicios y Director del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Su último cargo en el campo de la asistencia psiquiátrica lo llevó a administrar los hospitales psiquiátricos y todo lo referente a la higiene mental. Más tarde, se traslada a Europa a fin de continuar sus estudios e ingresa como alumno al Instituto Psicoanalítico de París a fin de cursar como alumno de Psicoanálisis Didáctico. Quijada no abandona su actividad en los hospitales y su preocupación por la infancia y labora en el Servicio de Neuro-Psiquiatría Infantil de la Salpêtrière.

Participa en el Primer Congreso Médico-Social de La Habana en 1946 y entre sus principales obras se pueden mencionar *De la psiquiatría mecanicista al Psicoanálisis* en 1949, *Niños-Problema* en 1954, *Psicosociodemografía de Venezuela* en 1957, *La Salud Mental en Venezuela* en 1961, *La juventud ante el Delito* en 1966 y participó como co-autor en otras como *Pulsión de Muerte* con Voss, Teruel, Sanz Castrilló y Cupello presentada en el XIII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis realizado en noviembre de 1980 en Río de Janeiro. Fue miembro fundador y primer presidente de la Junta Directiva del Grupo de Estudios Psicoanalíticos para el período 1965-1967, que años más tarde se convertiría en la Asociación Venezolana de Psicoanálisis (ASOVEP).



A esta pareja inicial se le unen otros profesionales especializados tanto en Europa como en América Latina. En **1961 conforman el primer Grupo de Estudios Psicoanalítico de Venezuela los Drs. W. Hobaica (Francia); M. Kizer (Buenos Aires); A. García, F. Acuña, y J. Araujo (Chile)**. A este colectivo inicial se van integrando posteriormente Teruel y otros miembros, luego de haber culminado sus estudios en el extranjero, como lo fueron los Drs. César Ottalagano, Aray, Domínguez, Olivares, Voss (Buenos Aires), Briceño (México) y Cupello (Londres). Este hecho posibilitó cumplir con los requisitos exigidos para ser aceptados oficialmente como Grupo de Estudios Psicoanalíticos por la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1965 con motivo del Congreso Psicoanalítico de Copenhague.

En la etapa inicial de esta entidad, presidida por el Dr. H. Quijada, se promueve una intensa actividad científica basada en la revisión de la obra de Freud y otros autores como Hartmann, Rappaport, etc., con participación de profesionales de distintos países: Drs. León Grinberg, M. Langer de Buenos Aires, A. Namnum de México, Dahlheim y Koch de Brasil. Dicho trabajo fue objeto de evaluación y seguimiento por parte de la IPA para lo cual se contó con la participación de algunos de sus representantes como lo fueron los Drs. Grinberg, Langer y Namnum.

En los años siguientes se profundizan los intercambios científicos y académicos entre este Grupo de Estudios con la IPA y otras instancias asociadas a la disciplina psicoanalítica, llegando a alcanzar notoriedad en estos ámbitos. De hecho, durante el período 1967-69 visitaron Venezuela distintos representantes de estos gremios que evidencian la relevancia que comenzaba a adquirir esta institución naciente: Dr. Peter Van Der Leeuw (Presidente de la IPA); los Drs. Melsohn y Philps (Sao Paulo); la Dra. Ruth Riesenbergh (de origen chileno y radicada en Londres); el Dr. Gabarino (Uruguay), el Dr. Brice Boyer (EUA) y el Dr. D. Liberman (Argentina). Por otro lado, se realizan los primeros reconocimientos a la valía científica de algunos de los precursores de este movimiento: la IPA designó en 1966 Didacta al Dr. G. Teruel; en 1967 al Dr. Kizer y en 1969 a los Drs. H. Domínguez y A. García; ese mismo año fueron ascendidos a Titulares los Drs. Olivares y Aray. Por otro lado, en 1969 se crea el Instituto de Psicoanálisis, con el cual comenzó la formación del primer grupo de psicoa-

nalistas que seguirán sus estudios en Venezuela y muy pocos años después surge la primera publicación de la Revista *Psicoanálisis*.

Todo este escenario es propicio para que, en función del cumplimiento de los requisitos exigidos por la IPA, este Grupo de Estudios fuese promovido a Asociación en julio de 1969 en el Congreso Internacional reunido en Roma. **No es sino en el Congreso de Viena realizado en julio de 1971 cuando la Asociación Psicoanalítica de Venezuela es reconocida como miembro de pleno derecho de la IPA.** Por Venezuela asistieron a dicho Congreso los Drs. Teruel, J. A. Olivares, H. Domínguez, S. Marcano, J. Aray y A. García F.

Esta tendencia inicial caracterizada por un crecimiento vertiginoso de la Asociación y un intercambio recíproco significativo con sus pares internacionales se mantiene durante los años siguientes. En 1972 se realiza el 9º Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis teniendo como sede la ciudad de Caracas, continúan las visitas constantes de importantes delegados de distintas partes del mundo y en 1973 se graduó la 1ª Promoción de Psicoanalistas formados en el país, integrada por los Drs. J. Fuenmayor, S. Marcano, J. Meliá y A. Sanz C. Ese mismo año fueron ascendidos a la categoría de Titulares los Drs. F. Acuña, A. Briceño y W. Hobaica y en 1974 presentan sus trabajos para optar a la categoría de Titular los Drs. N. Cupello y H. Voss y para la categoría de miembro Asociado los Drs. J. Fuenmayor, S. Marcano, J. Meliá y A. Sanz C. También son aceptados en calidad de miembros de la Asociación los Drs. C. Liendo y María del C. de Liendo, de Buenos Aires. El año 1975 ascienden a didactas los Drs. J. Aray, A. Briceño, W. Hobaica y J. A. Olivares y a didactas en funciones científicas los Drs. F. Acuña y C. Liendo.

A partir de 1975 comienzan a surgir las discrepancias al interior de la Asociación que se expresan en la formación de dos grupos con distintas directivas, situación que es subsanada en 1977 con la formación de una nueva Junta Directiva y una Comisión de Enseñanza con la participación de todos los sectores involucrados gracias a la intervención de la IPA. Solventadas estas diferencias, la Asociación retoma su labor y ese mismo año ascienden a la categoría de Titular los Drs. Fuenmayor, M. López, S. Marcano, J. Meliá y Sanz C. y se reconoció como Miembro Asociado Activo al Dr. L. Berconsky. Continúan su proceso de formación a nivel

nacional y en junio de 1978 egresaron del instituto y fueron aceptados como Miembros Asociados de la Asociación los Drs. V. de Antonio, A. Attías, F. Gómez, J. Heresi, R. Lander, R. E. López, A. Ríos, C. Valedón y N. Zambrano de Nava.<sup>17</sup>

Entre 1978 y 1980 se organizó en Venezuela el Segundo Simposio Colombo-Venezolano y tres Simposios más: uno sobre el tema “*Análisis Terminable e Interminable 40 años después*”; el segundo sobre “*Terminación de Análisis*”; y el tercero sobre “*Crisis de las Asociaciones*”. En febrero de 1980 se inicia el 4to. Curso del instituto, recibiendo entrenamiento los Drs. E. Briceño, I. Fernández, A. Gómez, G. González, C. de Kizer, L. de Puerta. A. Montaner, E. Michalup, N. Saade y Z. Sucre.

En ese mismo año de 1980 se da en Venezuela un hecho singular y de gran valía en el mundo psicoanalítico. Jacques Lacan (13 de abril de 1901 en París; † 9 de septiembre de 1981 en París) a la edad de ochenta años, una de las figuras más prominentes del movimiento psicoanalítico y varios de sus seguidores más destacados (Diana Rabinovich, Jacques Allan Miller) visitan Caracas en el mes de julio a fin de impartir un Seminario. En dicho Seminario se pueden rescatar dos ideas importantes: sus diferencias con la Escuela de París que lo llevaron a su expulsión y posterior creación de la Escuela del Campo Freudiano, y sus discrepancias fundamentales con los planteamientos de Freud. Esta reunión posibilitó el encuentro de esta figura prominente del psicoanálisis con un nutrido grupo de colegas de todo el continente latinoamericano. En ella, Lacan afirmó:

*“Vengo aquí antes de lanzar mi Causa Freudiana. Como ven mantengo ese adjetivo. Sean ustedes lacanianos, si quieren. Yo soy freudiano.*

---

17 En septiembre de 1978, se comenzó la formación de un nuevo y tercer curso de candidatos integrado por los Drs. F. Batoni, Ana T. Carvallo, A. Gisbert, T. Godoy, E. de Rísquez, H. Ocando, M. Ostos, E. Lechín y F. Ruiz. En octubre de 1978 son aceptados como Miembros Huésped la Dra. Cristina de Hornstein y el Dr. Nicolás Espiro. En 1979 fue ascendido a la categoría de Didacta el Dr. J. Fuenmayor y en 1980 fue aceptado el Dr. N. Espiro como Miembro Titular Activo; la Dra. C. de Hornstein como Miembro Asociado Activo, y ascendieron a la categoría de Miembro Titular los Drs. V. de Antonio, A. Attías, J. Heresi, R. Lander, R.E. López, C. Valedón y N. Zambrano de Nava.

*Por eso creo adecuado decirles algunas palabras sobre el debate que mantengo con Freud, y que no es de ayer.*

*Aquí está: mis tres no son los suyos. Mis tres son el Real, el Simbólico y el Imaginario. Me vi llevado a situarlos en una topología, la del nudo, llamado borromeo.*

*El nudo borromeo pone en evidencia la función del al-menos-tres. Anuda los otros dos desanudados.*

*Eso le di yo a los míos. Se los di para que supieran orientarse en la práctica. Pero, ¿se orientan mejor que con la tópica legada por Freud a los suyos?*

*Hay que decirlo: lo que Freud dibujó con su tópica, llamada segunda, adolece de alguna torpeza. Me imagino que era para darse a entender dentro de los límites de su época.*

*Pero, ¿no podríamos más bien aprovechar lo que allí figura, la aproximación a mi nudo?*

*Considérese el saco fofo que se produce como vínculo del Ello en su artículo que debe decirse: Das Ich und das Es.*

*El saco, al parecer, es el continente de las pulsiones. ¡Qué idea tan disparatada la de bosquejar eso así! Solo se explica por considerar a las pulsiones como bolitas, que han de ser expulsadas sin duda por los orificios del cuerpo una vez ingeridas.*

*Sobre esto se abrocha un Ego, donde parece preparado el punteado de columnas por contar. Pero esto no lo deja a uno menos enredado, pues él mismo se cubre con un extraño ojo perceptivo, donde para muchos se lee también la mancha germinal de un embrión sobre el vitelo.*

*Aún no es todo. La caja registradora de algún aparato a la Marey está aquí de complemento. Eso dice mucho acerca de la dificultad de referencia a lo Real.*

*Por último, dos barras se sombrean con su juntura la relación de este conjunto barroco con el propio saco de bolitas. Y ya está designado lo reprimido.*

*La cosa deja perplejo. Digamos que no es lo mejor que hizo Freud. Podemos incluso confesar que no favorece la pertinencia del pensamiento que pretende traducir.*

*Qué contraste con la definición que Freud da de las pulsiones, como vinculadas a los orificios del cuerpo. Una figuración luminosa que impone otra figuración que esta botella. Cualquiera sea su tapón.*

*¿No será más bien, como me ha ocurrido decirlo, botella de Klein, sin adentro ni afuera? O aún, sencillamente, ¿por qué no el toro?*

*Me contento con apuntar que el silencio atribuido al Ello como tal supone la palabrería. La palabrería que la oreja está esperando, la del «deseo indestructible» que ha de traducirse en ella.*

*Desconcertante la figura freudiana, al oscilar así del propio campo a lo Simbólico que ausculta.*

*Con todo, llama la atención que este enmarañamiento no haya impedido a Freud volver después a las indicaciones más notables sobre la práctica del análisis, y en especial sus construcciones.*

*¿Debo darme aliento recordando que a mi edad Freud aún no había muerto?*

*Desde luego, mi nudo no lo dice todo. Si no, ni siquiera tendría la oportunidad de orientarme en lo que hay: puesto que no hay, digo, no – todo. No-todo con seguridad, en lo Real, que abordo en mi práctica.*

*Observen que en mi nudo, lo Real queda constantemente figurado con la recta infinita, o sea, con el círculo no cerrado que ella supone. Con ello se sostiene que él no pueda ser admitido más que como no-todo.*

*Sorprendente es que el número no sea dado en la lengua misma. Con lo que vehiculiza de Real.*

*Por qué no admitir que la paz sexual de los animales, si tomo al que dicen ser su rey, el león, radica en que el número no se introduce en su lenguaje, cualquiera que éste sea. Sin duda, el amaestramiento puede dar su apariencia. Pero nada más.*

*La paz sexual quiere decir que se sabe qué hacer con el cuerpo del Otro. Pero, ¿quién sabe qué hacer con un cuerpo de hablarser? Salvo apretarlo más o menos.*

*Al Otro ¿qué se le ocurre decir y siempre que tenga ganas? Dice: «Apriétame duro».*

*Bien zoquete para la copulación.*

*Cualquiera sabe hacerlo mejor. Digo cualquiera: una rana, por ejemplo.*

*Hay una pintura que me baila en la cabeza desde hace tiempo. Logré recordar, no sin las dificultades propias de mi edad, el apellido de su autor. Es de Bramantino.*

*Pues bien, esta pintura está bien hecha para dar fe de la nostalgia de que una mujer no sea una rana, que está puesta patas para arriba en el primer plano del cuadro.*

*Lo que más me llamó la atención en el cuadro es que la Virgen, la Virgen con el niño, tiene algo así como una sombra de una barba. Con lo cual se parece a su hijo. Como lo pintan adulto.*

*La relación figurada de la Madonna es más compleja de lo que se puede pensar. Por cierto, que se soporta mal.*

*Eso me tiene preocupado. Pero queda que con ello me sitúo, creo, mejor que Freud, en lo que realmente interesado en lo que toca al inconsciente.*

*Porque el goce del cuerpo hace punto contra el inconsciente.*

*De allí mis matemáticas, que proceden de que lo Simbólico sea el lugar del Otro, pero que no haya Otro del Otro.*

*Se sigue de ello que lo mejor que puede hacer la lengua es demostrarse al servicio del instinto de muerte.*

*Es una idea de Freud. Es una idea genial. Ello quiere también decir que es una idea grotesca.*

*Lo mejor es que es una idea que se confirma a partir de que la lengua solo es eficaz al pasar a lo escrito.*

*Esto me inspiró mis matemáticas –en la medida en que se puede hablar de inspiración para un trabajo que me costó vigiliadas donde, que yo sepa, ninguna musa (muse) me visitó– pero será que me divierto sin musa.*

*La idea de Freud es que el instinto de muerte se explica por el desplazamiento a lo más bajo de tensión tolerado por el cuerpo. Freud lo designa como un más allá del principio del placer; esto es, del placer del cuerpo.*

*Hay que reconocer, en todo caso, que es en Freud el indicio de una idea más delirante que todas las que yo les he podido participar.*

*Porque, desde luego, no les digo todo. Ese es mi mérito” (Lacan en Escansión Analítica 1, 1980, 5).*

Sea pertinente la larga extensión de la cita ya que en ella se recoge en su totalidad el discurso inaugural y se destacan las dos orientaciones fundamentales que guiaron la actuación de Lacan y sus seguidores en Caracas así como en otras partes del mundo. A pesar de seguirse considerando freudiano, en su propuesta existían marcadas diferencias con los postulados de Freud. Por otro lado, se distanció de terceras interpretaciones freudianas consideradas por él como desviadas, y que se habían apoderado de las estructuras organizativas que representaban el movimiento psicoanalítico.

Lacan pasa a ser miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París en 1934 llegando a ser Titular en 1938. En 1963, fue expulsado junto a Lagache y Françoise Dolto de la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP) y de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Un año más tarde, el 21 de junio de 1964, Lacan conjuntamente con J. Favez-Boutonier, R. Lausanne, Octave y Maud Mannoni fundan la *École française de psychanalyse* (EFP, Escuela Francesa de Psicoanálisis), que, sin cambiar sus iniciales,

rápida­mente pasó a denominarse la *Escuela Freudiana de París* (Escuela Freudiana de París) siendo su intención principal la reconquista del campo freudiano. Este proyecto duró 16 años hasta su disolución en enero de 1980. En julio de 1980 dicta el seminario antes señalado en Caracas y anuncia su nueva intención: “*Vengo aquí antes de lanzar mi Causa Freudiana*”. Estando Lacan sumamente comprometido con su salud, la Escuela de la Causa Freudiana fue creada y registrada en París (Francia) en 1981, representada por François Leguil, presidente, y Guy Clastres, director.

En enero de ese mismo año, como consecuencia de la influencia del pensamiento de Lacan y la actuación de algunos de sus más fieles seguidores, como Diana Rabinovich, un grupo de profesionales conformado por Andrés Molina, Luigi Luongo y Ronald Portillo se trasladan a París a cursar una Maestría de Psicoanálisis en la Universidad de París VIII bajo la tutoría de Jacques Allan Miller. **En 1984 reunidos en París acuerdan la creación de la Escuela del Campo Freudiano Caracas, registrada en 1986 en Venezuela por Manuel Kizer, segunda a nivel mundial y centro de referencia para toda el área de América Latina. Este hecho de singular importancia posicionó a esta escuela del pensamiento psicoanalítico como una de las más importantes dentro de los saberes concurrentes del orden psiquiátrico venezolano.** Años más tarde, en 1998, la Escuela del Campo Freudiano Caracas cesa en sus funciones y se reorientó a partir del año 2000 como Nueva Escuela Lacaniana (lo que evidencia ese influjo) en la reunión de Buenos Aires, siendo reconocida finalmente como tal en el año 2002 en la ciudad de Bruselas.

Estas constituyen sin lugar a dudas las dos principales Escuelas de Pensamiento Psicoanalítico vigentes hasta hoy en el Orden Psiquiátrico Venezolano (también hay una menor participación de las Escuelas de Jung y de Bion): la Escuela Clásica Psicoanalítica representada en la Asociación Venezolana de Psicoanálisis y la Nueva Escuela Lacaniana. **En términos generales, se evidencia un auge bastante significativo en la participación de esta disciplina psicoanalítica en el conjunto global del orden psiquiátrico venezolano. Cada vez son más los pacientes venezolanos con trastornos mentales que se remiten inicialmente al tratamiento con psicoanalistas que con psiquiatras.**



Esto se explica en parte ya que el psicoanálisis constituyó un factor determinante de cambio en virtud de posibilitar, por un lado, la flexibilización de las modalidades de intervención terapéutica y por el otro, la incursión de un dispositivo de control en distintas instancias de la vida social. Esto es posible porque rompe con la dicotomía normal-patológico de la sintomatología psiquiátrica e incorpora nuevos comportamientos que se confunden entre la anormalidad y la inadaptación social, cuya raíz se localiza en las estructuras del inconsciente; así como también supera el ámbito de atención del enfermo en virtud de poder actuar entre la intervención preventiva y la actuación posterior. Para llevar adelante esta tarea, se hizo imprescindible la conformación de un aparato conceptual ampliado, que recupere lo necesario del enfoque médico e incorpore estas nuevas dimensiones o momentos.

Con respecto al enfermo, este no va a estar constituido por los grandes contingentes que se hacían en los manicomios, sino aquellos en los cuales el grado de perturbación psíquica no es tan grave, o está en sus inicios:

*“los sujetos de estructura neurótica son capaces, por regla general, de mantener la producción de la fantasía dentro del marco de una relación construida justamente para controlar esa producción; en cambio, el pasaje al acto psicótico crea el peligro de que estallen esas barreras, imponiendo la irrupción del proceso primario en una relación que en razón de ello pierde su carácter regulado”* (Castel, 1980, 41-42).

Además de recibir tratamiento en sus etapas iniciales, el psicoanálisis posibilita otras *bondades*. El protocolo de intervención psicoanalítica establece una relación unipersonal entre el médico y el paciente y no entre varios pacientes y un médico en una gran sala de hospitalización. Además, se hace de una manera continua, cuando el paciente lo requiera, a diferencia de las rondas médicas que se dan previo cronograma establecido. El sitio de atención está circunscrito al interior de una habitación en muy buenas condiciones y acostado sobre un diván, en contraposición y contraste con las malas condiciones de diversa índole de los hospitales. Entre el paciente psicoanalítico y el psicoanalista se presenta una relación de

transferencia en la cual se comparten diversos aspectos de su vida, a diferencia de la relación entre el paciente y su psiquiatra en el cual el principal intermediario es el psicofármaco. Por otra parte, el psicoanálisis posibilita romper con la visión estigmatizante que sobre el enfermo mental recae al ser tratado por un psiquiatra o en una institución total.

A pesar de estas diferenciaciones, se puede afirmar que entre la psiquiatría y el psicoanálisis opera una situación de continuidad y discontinuidad: no resuelve las contradicciones objetivas fundamentales (contención y atención, salvaguardia del orden social y salvaguardia de la libertad individual), sino que las reformula en otro dispositivo más elaborado, con un lenguaje más rico que viabilizó el desplazamiento de los antagonismos. Además, el psicoanálisis mantiene la misma lógica del esquema médico-psiquiátrico al seguirse sustentando en *“la aplicación de una competencia especializada a la resolución del trastorno psíquico a partir de una concepción individualizada (somática o psíquica) de su génesis”* (Castel, 1980, 149). Pero ahora, con el paso a la sociedad-corporación, el centro de gravedad se traslada a la díada Médico-Enfermo, quedando la dualidad Medicina-Hospitalización predominante durante el período anterior (Medicalización de la Locura), relegada a un segundo plano. *“Freud ha desplazado hacia el médico todas las estructuras que Pinel y Tuke habían dispuesto en el encierro manicomial”* (Álvarez-Uría, 1983, 328-329) al referirse al nuevo papel, casi divino, que asume el médico, ahora Psicoanalista, en la curación de las enfermedades mentales. El psicoanálisis posibilitó, en tanto dispositivo de control refinado, ampliar cuantitativa y cualitativamente, *la gestión racionalizada de los individuos*. De allí que *“la institucionalización de la relación psicológica como modalidad generalizada de control asumiría la totalidad de las funciones normalizadoras y reeducadoras otrora dispersas en diferentes tipos de instituciones y cumplida por agentes diferentemente calificados”* (Castel, 1980, 196).

Para Foucault, el Psicoanálisis es la culminación de todo el movimiento de la medicina mental regido por el manicomio. La característica primordial del psicoanálisis es que se constituye en la expresión, en el campo de la medicina mental, de la sociedad liberal que entra en contradicción con la inamovilidad del asilo. De allí que el campo de actuación de los psicoanalistas sea el consultorio y no la institución total. *“Hombre*

*libre en el sentido de que, como se ha visto, es a la vez productor y portador del liberalismo hasta en el núcleo mismo de su trabajo, puede circular libremente en el espacio social*” (Castel, 1980, 208). Por lo tanto, esta movilidad no es solo del médico sino también del paciente. Ahora el modo de control de los *desviados* no es la exclusión en instituciones autoritarias, sino la atención en la consulta del psicoanalista. Luego, puede dirigirse de nuevo a su trabajo. En Venezuela esta escena se repite.



## **CAPÍTULO 4.- PROPUESTAS TERAPEÚTICAS ALTERNATIVAS: PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y/O FAMILIAR**

### **La era del cuestionamiento y la Antipsiquiatría**

A partir de la segunda mitad del siglo XX se manifestaron en Europa y en diversas partes del mundo importantes movimientos críticos, tanto sociales como intelectuales, que tenían como orientación principal un cuestionamiento a los saberes y poderes establecidos (instituciones sociales) así como también a las nociones de subjetividad, moral y ética.<sup>18</sup>

Su objetivo, como señala Álvarez-Uría, era “construir una ética alternativa, una moral alternativa y una sociedad no capitalista” (Álvarez-Uría, 2006, 21). En palabras de R. Lumley (citado por Colucci), estos movimientos expresan con todas sus fuerzas una crisis orgánica, que

*“al explotar en específicos contextos institucionales –las universidades, las escuelas, las fábricas–, implican a toda la sociedad a partir de la evidencia de una reducción del consenso de las estructuras de representación política en varios niveles... partiendo de la convicción de que el contrato social solo puede reescribirse a partir de la iniciativa de los movimientos sociales de base”* (Colucci, 2005, 181-182).

A nivel de las ciencias humanas, surge un discurso crítico en algunas ciencias como la Psicología, Sociología y Psiquiatría, entre otras, que nace de su confrontación con los códigos científicos de las disciplinas oficiales

---

<sup>18</sup> La guerra del Vietcong, la revolución cubana, el Che en Bolivia, los Tupamaros en Uruguay, el Ejército Revolucionario del Pueblo en Argentina, el mayo francés y el llamado mayo rampante italiano, Allende en Chile, el movimiento antinuclear y pacifista en USA y los Panteras Negras, la lucha contra el consejo de guerra de Burgos en el estado español, la revolución de los claveles en Portugal, etc., son algunos de los acontecimientos que manifiestan esta necesidad de cambios.

e integradoras. En *El Poder Psiquiátrico*, Michel Foucault señala que el nuevo eje temático de estas ciencias se trasladó al análisis de la *microfísica de las relaciones de poder* en toda la sociedad.

*“todas las grandes sacudidas que estremecieron la psiquiatría desde finales del siglo XIX pusieron esencialmente en cuestión el poder del médico. Su poder y el efecto que producía en el enfermo, más que su saber y la verdad de lo que decía sobre la enfermedad... lo que se puso en entredicho fue la implicación del poder del médico en la verdad de lo que éste decía y, a la inversa, la posibilidad de que esa verdad fuera fabricada y comprometida por su poder”* (Foucault, 2005, 390).

Uno de los más importantes de estos movimientos intelectuales fue el denominado Movimiento Antiinstitucional o Antipsiquiátrico, cuyo nacimiento se ubica en Londres, a principios de la década de los sesenta, con las propuestas de Laing y Cooper y cuyo máximo exponente es Franco Basaglia. Antipsiquiatría es un término que remite a un movimiento diverso que se inició cuestionando a la Psiquiatría fundamentalmente pero también a distintas ramas del saber científico, como la Psicología, el Trabajo Social, la Pedagogía, la Educación, la Criminología, etc. Es una puesta en cuestión fundamentalmente del pretendido carácter terapéutico del hacer hegemónico de tales disciplinas. Los principales teóricos, según Eribon, sobre los que se fundamenta este movimiento son Nietzsche, Kierkegaard, Heidegger, Sartre y Foucault. De hecho, *Historia de la Locura* es traducida al inglés en 1965 en la colección “*Studies in existentialism and phenomenology*” que dirige Laing, con prólogo de Cooper.

El aspecto más resaltante de esta propuesta lo constituye la oposición a los manicomios en tanto que son *instituciones totales*, es decir, instituciones de control de la totalidad de la vida de las personas que en ellas son retenidas. Oposición de la que fue ejemplo, en los setenta, el desmantelamiento del manicomio de Trieste en el norte de Italia, con Basaglia y sus compañeros/as forzándolo, o las experiencias de comunas terapéuticas en Inglaterra tanto dentro de la red pública –como Villa 21– o fuera de ella –como Kingsey Hall.

Ronald Laing, en uno de sus artículos denominado *Consideraciones sobre la Psiquiatría* publicado en el libro *Los crímenes de la paz* (edición

preparada por Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro y en la cual también participo Szasz), comienza por conceptualizar la Psiquiatría y establecer diferencias con respecto a la práctica psiquiátrica. Posteriormente pasa a contrastar el concepto de asilo referenciado en el *Oxford English Dictionary* y la inmensa distancia que se da al compararlo con la dinámica impositiva existente en los hospitales psiquiátricos en los distintos órdenes de la vida de los individuos.

Luego, el autor pasa a explicar el papel que debe ejercer el personal que practica la psiquiatría remontándose a los orígenes de la medicina occidental a partir de los aportes de Esculapio y posteriormente Hipócrates para llegar a resaltar la noción de *terapeuta o asistente*, cuyo papel sería “*orientar la propia mente en una dirección precisa*” (Basaglia, 1997, 247). A partir de este concepto, Laing ubica la génesis de la enfermedad mental al señalar que:

*“un asistente o terapeuta es pues una persona que presta atención, en nuestro caso que presta atención –según yo– a los factores físicos, emocionales, mentales y sociales (las cursivas son nuestras) que existen en nosotros, dentro de nosotros y entre nosotros. Y entonces si pensamos en la terapia, esta no sería sino la práctica de aprender a prestar atención. La terapia es aprender a ser un terapeuta”* (Laing citado por Basaglia, 1997, 247).

En este sentido, Laing incorpora en el estudio de la psiquiatría nuevos campos de influencia e interacción, que superan el mero estudio organicista que se había planteado la psiquiatría tradicional. Además, le asigna al terapeuta un papel no controlador ni coercitivo sobre el paciente ya que su actuación se remite a la observación de cómo se expresan esos distintos fenómenos en los individuos.

Junto a Laing, David Cooper es de los primeros en intentar una experiencia en el ámbito psiquiátrico tradicional. Su labor profesional la desarrolla en un hospital de Londres y una de sus acciones consistió en ubicar a todos sus pacientes en un solo pabellón sin ningún tipo de discriminación, acción ésta que es rápidamente enfrentada y rechazada por el ambiente hospitalario tradicional. Para este autor, “*la esquizofrenia, entendida de forma extensiva, es la consecuencia de todo el dispositivo represivo des-*

*plegado por la familia y la sociedad. A esta 'violencia originaria' siguen los procesos de confinamiento que conducen a la institución psiquiátrica*" (Eribon, 2004, 171). De esto se desprende que la psiquiatría clásica es el elemento más sofisticado de ese *continuum* represivo.

Los planteamientos de Basaglia se fundamentan en su experiencia en los manicomios de Gorizia, Parma y Trieste y constituyen una "*crítica teórico-práctica de la ciencia en cuanto ideología*" (Basaglia citado por Colucci, 2005, 173). Esta nueva propuesta científica es "*un acto de rechazo de una ciencia que acepta implícitamente la división de clases como un hecho natural sobre el cual articular las modalidades de sus respuestas*" (Basaglia, 1977, 10) y por consiguiente, todos "*los procesos que sostienen las diferentes ideologías científicas son idénticos, ya que es idéntica su función en el interior de la estructura social que tienen la tarea de sostener, cuidar y mantener*" (Ibídem). Por ello, se hace necesario conformar una "*teoría que resulte de la reflexión sobre la práctica, entendida como producto histórico social*" (Ibídem) y que ponga en evidencia las distintas formas y mecanismos de violencias institucionalizadas, que sirven como estrategias para la conservación del orden vigente.

Esta labor de cuestionamiento debe ser ejercida por los *técnicos del saber práctico* que realizan sus funciones en el interior de las instituciones. Para alcanzar este fin, es necesario una toma de conciencia que será posible en la medida que dichos técnicos sepan establecer "*la distancia entre la ideología (el hospital es una institución de cura) y la práctica (el hospital es un lugar de segregación y violencia)*" (Ob. cit., 15), superando el papel de personal comisionado por el poder para ejercer una función subalterna de control sobre una forma específica de desviación de una norma establecida. Esta toma de conciencia sólo es posible cuando el técnico:

*"devela la modalidad excluyente de los saberes y poderes institucionales y, sobre todo, su estrecho vínculo con el sistema social, en el cual están insertos con el fin de salvaguardarlo (...) sino que también desmitifica la pretensión reformista del sistema, la que propone innovaciones técnicas –en temas de organización de los servicios o de rehabilitación del enfermo mental– con el afanoso intento de cubrir las contradicciones que se abren con la lucha antiinstitucional"* (Colucci, 2005, 173).



Por ello, sus primeros esfuerzos se dirigen a un saneamiento humanitario del manicomio para luego, en un segundo momento, llegar al cuestionamiento de la institución asilar ya que en ésta se concretaban las relaciones de poder. En Gorizia, institución psiquiátrica, Basaglia afirma que se evidencia

*“la necesidad de considerar al enfermo mental como un problema a vivir en el propio cuerpo de la realidad social, antes que continuar viviéndola como una mera realidad científica. El descubrimiento de la libertad por parte de la psiquiatría lleva, pues, el problema del enfermo mental fuera del manicomio, haciendo aparecer la destrucción del manicomio como un hecho urgentemente necesario, si no simplemente obvio” (Basaglia citado por Colucci, 2001, 100).*

En este sentido, la Antipsiquiatría se enfrenta a la institución asilar como lugar y forma de distribución y mecanismo de las relaciones de poder médico-paciente. *“El puro poder del médico aumenta tan vertiginosamente como disminuye el poder del enfermo; éste, por el mero hecho de estar internado, se convierte en un ciudadano sin derechos, entregado a la arbitrariedad del médico y los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran sin posibilidad de apelación”* (Basaglia citado por Foucault, 2005, 393). En el mismo sentido, Foucault afirma que *“la importancia de la Antipsiquiatría radica en poner en cuestión el poder del médico de decidir acerca del estado de salud de un individuo”* (Foucault, 2005, 404).

Esta corriente de crítica y cuestionamiento constante a la institución manicomial a partir del ejercicio de la teoría y de la práctica profesional psiquiátrica al interior de estas mismas instituciones condujo a la elaboración y promulgación en Italia, para el 13 de mayo de 1978, de la Ley 180 de Reforma Psiquiátrica denominada *Normas para las inspecciones y los tratamientos sanitarios voluntarios y obligatorios*.<sup>19</sup> Esta ley propone, *“un radical cambio del*

<sup>19</sup> Esta reforma se caracterizó, entre otros aspectos, por:

- a.- Desaparición gradual de los hospitales psiquiátricos.
- b.- Diseño de nuevos servicios comunitarios considerados como alternativos a los hospitales psiquiátricos y no como complementarios o adicionales a ellos.
- c.- La psiquiatría hospitalaria se concibe como un elemento de apoyo al cuidado comunitario.

*punto de vista, porque desplaza la atención de la enfermedad a la respuesta institucional puesta en marcha, es decir, al servicio, a sus recursos, al modo con que identifica la enfermedad” (Colucci, 2005, 228).*

En palabras de Basaglia, *“el objeto ya no es, como en las viejas normativas, la determinación de los límites de la enfermedad y la identificación de sus categorías, sino que es el tratamiento de la enfermedad, y sobre las formas y las razones de este tratamiento es que interviene la ley”* (Basaglia citado por Colucci, 2005, 228-229). Esto conllevó, en términos generales, la necesidad de cerrar los manicomios y crear un sistema de servicios alternativos en el interior de las comunidades.

Según Colucci, el aspecto más resaltante de esta ley lo constituye el hecho de que ahora *“la fiscalización y el tratamiento de las enfermedades mentales se vuelven, por norma, voluntarios”* (Colucci, 2005, 229) quedando el procedimiento obligatorio únicamente en casos particulares y muy claramente delimitado. Según esto, operan tres nuevos fundamentos sobre los que se apoya esta ley y que se pueden considerar *revolucionarios*:

a.- Se traslada el centro de atención de la defensa de la sociedad a la salud psíquica del paciente, con lo que pierde sentido la internación, que se había fundamentado en la supuesta peligrosidad del paciente.

b.- El deber del médico de hacerse cargo de la libertad de la persona, adoptando todas las iniciativas oportunas orientadas a asegurar su consenso en el caso de un tratamiento sanitario obligatorio. *“Precisamente, en este inagotable contrato se halla el espíritu innovador de la ley, que interroga al técnico acerca de su propia responsabilidad política de mediador entre el sufrimiento del individuo y la dimensión social e institucional en que éste se expresa”* (Ob. cit., 231).

c.- La respuesta del servicio psiquiátrico queda garantizada a partir de una red alternativa de servicios de asistencia, adecuados a las personas y sus necesidades, lo cual es potestad del carácter político que debe asumir el médico para superar la deshospitalización, quedando la internación

d.- Se busca la integración y coordinación entre todos los servicios de atención en cada área geográfica (centros de salud mental, unidades de hospitalización, centros de soporte social, alojamientos protegidos, etc.).

solamente para aquellos casos cuando no se sepa o no se pueda organizar una respuesta diferente.

Además del caso inglés e italiano, estos intentos teóricos antipsiquiátricos se enfrentaron al problema de la enfermedad mental por otras vías, como por ejemplo, los planteamientos hechos por Thomas Szasz. Todos estos planteamientos se constituyeron en expresiones distintas acerca del abordaje teórico de una manera crítica del problema de la locura o de la enfermedad mental.

Cuando la institución asilar se institucionalizó a nivel societal en Europa (1838), logró vincular de una manera armónica las exigencias del orden social y el tratamiento terapéutico (aislamiento) de los enfermos, lo que implicó la conformación de nuevas redes de poder. En este sentido, hablar del Movimiento Antipsiquiátrico o Antiinstitucional es partir de la idea según la cual esta propuesta teórico-práctica no es un sólo modelo de análisis y acción sino que se conforma a partir de la convergencia de diversas posturas que cuestionan el papel del conocimiento científico y su materialización (prácticas, instituciones, etc.) en aparatos de control social, en síntesis, del Poder. Foucault afirma que:

*“Las relaciones de poder constituían el a priori de la práctica psiquiátrica: condicionaban el funcionamiento de la institución asilar, distribuían en ella las relaciones entre los individuos, regían las formas de la intervención médica... lo que estaba implicado en primer término en esas relaciones de poder era el derecho absoluto de la no-locura sobre la locura. Derecho transcripto en términos de competencia ejercida sobre una ignorancia, de buen sentido (de acceso a la realidad), corrector de los errores (ilusiones, alucinaciones, fantasmas), de normalidad impuesta al desorden y la desviación” (Foucault, 2005, 394).*

En este sentido, Colucci afirma que este cuestionamiento de la Antipsiquiatría escapa de los dominios de la institución asilar y se traslada al todo social.

*“el surgimiento del saber psiquiátrico y su ingreso al terreno de la política general demuestra que la acción realizada por el*

*movimiento antiinstitucional es una continua oscilación entre la empresa de superación del manicomio y la problematización cada vez más amplia de los mecanismos de poder que regulan la participación y la exclusión social” (Colucci, 2005, 184)*

En pocas palabras, dicho movimiento no se restringió únicamente al cierre de los manicomios, sino que también contiene un devenir ético-político de cambio en el contenido de las relaciones humanas sociales y en el lugar del poder médico-psiquiátrico. Colucci afirma que *“este desdoblamiento de la razón psiquiátrica –que duplica el punto de vista científico institucional con un punto de vista sociopolítico, que descubre la articulación entre interno y externo, enfermedad y estigma, cura y control social, saber y poder– es la conquista de una actitud propiamente crítica por parte de Basaglia”* (Colucci, 2001, 101).

Luego de analizar los aportes de algunos representantes de este Movimiento Antipsiquiátrico o Antiinstitucional en lo que respecta a la institución asilar y el sentido y contenido de las relaciones médico-paciente, la intención principal de este capítulo es evaluar cuáles han sido las respuestas o escenarios alternativos a la institución asilar que se han dado en Venezuela y que de alguna manera rescatan algunos de los cuestionamientos hechos desde esta perspectiva crítica.

En el marco del XXIII Curso Internacional de Criminología y II Jornadas Venezolanas de Criminología, eventos realizados en los meses de julio y agosto de 1974, Franco Basaglia y su esposa Franca visitan Venezuela, específicamente la ciudad de Maracaibo, en un evento auspiciado por el Instituto de Criminología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad del Zulia. En dicho evento, dicta una conferencia titulada *“Violencia en la Marginalidad: El Hombre en la Picota”*.

En dicha ponencia, Basaglia llega a la conclusión de que dos instituciones aparentemente distintas como lo son la cárcel y los manicomios están emparentados por el hecho de regentar *“la vida de los excluidos”*. En la antigüedad, criminales y locos compartieron el mismo espacio de reclusión y es a partir del racionalismo iluminista cuando se separan: en la cárcel se recluyen a los que trasgreden la norma expresada en la ley; en los manicomios, a los que actuaban fuera de la pauta de la razón dominante. A

pesar de esta diferenciación, ambos mantienen la etiqueta de peligrosidad y por lo tanto deben ser reeducados o curados.

Esta función de control social la vincula Basaglia al nivel de desarrollo económico-social: En los países de mayor desarrollo, las instituciones pueden aparecer como más tolerantes, menos violentas, con “*mayor cantidad de máscaras*”; en los países subdesarrollados —en este caso, Venezuela—, la violencia es más explícita, menos tolerante, “*con menor cantidad de máscaras*”.

Con estas premisas, la función de los *técnicos del saber práctico* consiste en demostrar que estas instituciones pertenecen a un determinado tipo de sociedad en la cual la delincuencia y la enfermedad son productos histórico-sociales, por lo cual deben rechazar el papel de simples controladores del orden público. De allí que la propuesta política que se desprende de esta ponencia sea “*la de crear una intervención técnica que sirva al asistido, ya sea enfermo mental o encarcelado*” (Basaglia, 1974, 30).

A pesar de estos cuestionamientos, la realidad venezolana se mantenía invariable desde el siglo XIX. El Hospital Psiquiátrico, pensado en términos de Pinel como establecimiento especializado para este tipo de enfermos, cuyos orígenes se remontan en Venezuela a 1876 con el surgimiento del Asilo Nacional de Enajenados, se constituye en la única institución conformada para gestionar socialmente la locura. Luego se fue haciendo extensiva a todo el territorio nacional: el Asilo de Enajenados de Caracas en 1889 que se transformaría en 1926 en Hospital Municipal Psiquiátrico; el Asilo para Enajenados de Maracaibo de 1895 que dará paso al Hospital Psiquiátrico en 1907; el Asilo Provisional de Enajenados de Barquisimeto en 1936; el Asilo de Enajenados de Valencia en 1938; el Asilo de Enajenados de Ocumare del Tuy en 1938 a la postre Hospital Psiquiátrico de Miranda. Para 1942, Álvarez reseña la existencia de cuatro Sanatorios Privados en Venezuela muy bien dotados, los cuales solamente podían ser costeados por las familias adineradas, todos ellos ubicados en la ciudad capital y surgidos como consecuencia del estado de deterioro y abandono que atravesaban los Asilos. Como mecanismos para enfrentar esta difícil situación, se crean en 1938 la Liga de Higiene Mental y la Liga Antialcohólica y en 1939 se constituyó la Liga Pro-Asistencia al Enfermo Mental, las cuales no tuvieron un impacto significativo.

## **Cocosal y la Comunidad Terapeutica**

A principios de los años setenta se opera un cambio importante en términos de Políticas de Salud Mental a fin de enfrentar la crítica situación por la que atravesaba la Salud Pública Nacional. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social plantea como respuesta que se traslade el centro de atención de los Hospitales Psiquiátricos a los Servicios Psiquiátricos en Hospitales Generales y Ambulatorios o Colonias. Como resultado de este proceso, en el Hospital General del Sur se inicia la Consulta Externa de Psiquiatría en el año 1974 y el 22 de noviembre de 1975 se abre la Sala de Hospitalización de esa Unidad Psiquiátrica.

El Dr. Numa Márquez, jefe del Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital General del Sur, señalaba lo siguiente en referencia a las causas que propiciaron este cambio:

*“Como médico al servicio de la Salud Pública Nacional, observo con preocupación el deterioro creciente que la misma viene sufriendo, atenazada por la falta de mantenimiento, el desabastecimiento a todos los niveles, el desgaste moral de los cuadros calificados para la atención, etc. Todo lo cual nos induce a suponer que se impone una revisión crítica exhaustiva de lo que hasta ahora hemos conocido como Salud Pública Nacional y que ha mantenido como impronta un estado onnipotente, ‘rico’ y paternalista atendiendo la salud de una clientela insolvente, pasiva y dependiente cuyos propios potenciales de curación jamás le fueron movilizados. La debacle se plantea cuando la riqueza coyuntural desaparece y aun cuando el paternalismo y la omnipresencia se mantienen por razones complejas, necesariamente los términos de la relación se modifican, tornándose en conducta indispensable para la sobrevivencia convertir a las comunidades en generadoras de recursos humanos y materiales, para la atención adecuada de la población enferma que produzcan. Siendo esta la reparación depresiva que precisan” (Cocosal, 1987, 3).*

Esta situación de profundo deterioro reseñada por el Dr. Márquez y que planteaba la necesidad de un cambio en las políticas públicas posibilitó el nacimiento en el año 1976 de una asociación civil sin fines de

lucro denominada **Colaboradores Comunitarios para la Salud Mental (Cocosal)**, adjunta al Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Sur, constituyéndose en el primer referente de lo que se puede denominar psiquiatría Comunitaria o Social en Venezuela y cuyo soporte teórico se localiza, entre otros, en la obra del psiquiatra inglés Maxwell Jones, al cual se le atribuye históricamente el concepto de comunidad terapéutica.

Al respecto, en 1953 se puso en práctica inicialmente en el Northfield Army Neurosis Center y luego en el Belmont Hospital, cerca de Londres, la primera unidad de rehabilitación social. Un grupo de prisioneros de guerra fueron los primeros pacientes de esta comunidad terapéutica en donde se apostó por un tratamiento netamente participativo y activo de los pacientes a través de la comunicación libre, lo cual contrastaba notablemente con el papel pasivo que hasta entonces se asignaba a los enfermos en este tipo de tratamientos. El objetivo era rehabilitarlos y lograr de nuevo su inserción en la sociedad. Esta iniciativa era parte de todo un movimiento que intentaba hacer desaparecer las instituciones cerradas y atender a los pacientes en el marco de la sociedad. La idea fundamental es que los enfermos sean atendidos en el seno de la sociedad, para lo cual se precisa la creación de centros a los cuales tengan fácil acceso los pacientes.

Sainsbury afirma que en la Comunidad Terapéutica

*“se realiza un esfuerzo consciente para ampliar el potencial de todo el equipo y del paciente en un plan general de tratamiento, de acuerdo con las capacidades y preparación de cada miembro individual. “Todo el equipo” significa el equipo a todas las escalas jerárquicas y a todas las disciplinas. Comprende, de hecho, a todo aquel que se ponga en contacto con un paciente durante el curso de un día de este y todo el equipo, así concebido, debe intervenir en el plan terapéutico. Se trata de un apartamiento radical del régimen autoritario, en el que la comunicación está esencialmente dirigida de arriba a abajo a través de líneas que pasan por el personal médico, el auxiliar y el administrativo, y que es más radical aún en cuanto les depara a los pacientes una oportunidad de decir algo en cuanto a su respectivo tratamiento. En una Comunidad Terapéutica, la comunicación tiene lugar tanto de arriba a abajo como de*

*abajo a arriba, y al realizarse por esta doble vía, rompe con la fórmula autoridad-sumisión y contrarresta el proceso de institucionalización. Tiene por tanto lugar el desarrollo de un cierto grado de aquello que se denomina “permisividad” como opuesto al enfoque autoritario” (Sainsbury, 1978, 25).*

La fundamentación teórica que da pie al nacimiento de esta iniciativa de la Psiquiatría Comunitaria en Venezuela, en este sentido parte de un doble basamento: en primer lugar, un fuerte cuestionamiento a la institución asilar y su lógica de funcionamiento; y en segundo lugar, la ruptura con esa dimensión únicamente orgánica de la enfermedad mental y su cura al considerar los efectos de la incorporación del entorno familiar y societal en el tratamiento.

Según el DSM-IV cada trastorno mental debe ser conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

**En este sentido *Cocosal* reconoce, en primer lugar, las limitaciones existentes en la versión médica con respecto a la etiología del trastorno mental incorporándole nuevas dimensiones. Afirman que**

*“el modelo tradicional organicista Kraepeliano robustecido por los aportes valiosos de Virchow y Noguchi, al establecer asiento orgánico patológico a la alteración de la función, empalidece con el advenimiento de las corrientes psicoanalíticas y sus indiscutibles hallazgos, que permiten dirimir controversias y establecer criterios firmes en torno a capitales antinomias*



*hasta entonces existentes, tales como: Soma-Mente; Salud-Enfermedad; Consciente-Inconsciente; Individuo-Sociedad, etc.”* (Cocosal, 1987, 3).

**En segundo lugar**, luego de reconocer los cuestionamientos y polémicas que se han dado en cuanto al origen de la enfermedad mental, **traslada el centro de atención hacia el paciente y no hacia la enfermedad o la institución**. Su actuación apunta a ubicar *“al enfermo en un contexto de participación, de comprensión y de afecto para conducirlo a un nivel axiológico de estima y consideración que lo dignifica y revaloriza”* (Cocosal, 1982, 3).

**En tercer lugar, considera al enfermo mental no únicamente en una dimensión orgánica sino también estructural**, como el *“emergente de un sistema enfermo más total, familiar y/o social”* (Ibidem). Ahora no es solamente el paciente el que está enfermo, sino que la disfunción puede ser localizada en otras instancias externas al propio individuo.

**En cuarto lugar, privilegia actuar de manera preventiva y no reactiva ante la enfermedad** ya que al intervenir sobre la dinámica familiar no solo trata de identificar los comportamientos o acciones inductores de la enfermedad, sino que también propicia modificaciones a fin de evitar las recaídas o el surgimiento de nuevos conflictos.

**En quinto lugar, cuestiona fuertemente el carácter autoritario y/o totalitario de la institución asilar proponiendo una nueva alternativa terapéutica caracterizada por su contenido democrático, horizontal y participativo**. Ahora se hace necesario la aplicación de un tratamiento médico que responda no solo a los planteamientos hechos por el médico o que responda a la lógica manicomial, sino que debe ser considerada la opinión del paciente y de su entorno familiar.

Según estas consideraciones, se impone necesariamente un cambio de perspectiva con respecto tanto al diagnóstico como a su tratamiento. Para ello, se incorpora un concepto central como herramienta fundamental para comprender y atender la enfermedad mental: **la Comunidad Terapéutica**. Por Comunidad Terapéutica se entiende *“un conjunto social en proceso dinámico multidireccional, abarcativo de lo educativo o pedagógico, de lo comunicacional, lo político, lo cultural y lo filosófico, con una sola finalidad, lo terapéutico”* (Cocosal, 1988, 3).

**Como proceso educativo o pedagógico,** la Comunidad Terapéutica parte de establecer una relación dialéctica de enseñanza-aprendizaje entre los distintos polos de la triada médico-paciente-familia. No se le otorga una relación de primacía al médico como portador de un saber institucionalizado que considera a los otros factores intervinientes como meros recipientes o actores pasivos del proceso, sino que también los considera como agentes determinantes o en relación de igualdad, donde cada miembro de ese entorno es copartícipe en las distintas etapas del proceso, tanto de diagnóstico como del tratamiento, con lo cual se rompe con el estereotipo de un grupo que enseña (médico) y otro que aprende (paciente-familia) para convertirse ambos en grupos que aprenden-enseñando o viceversa.

**En cuanto proceso comunicacional,** se rescata el carácter bidireccional del intercambio de información de una manera plana, sin posiciones de dominio ni complementariedad y sin el carácter jerárquico que representa el rol del médico: *“se busca instaurar una comunicación simétrica, horizontal, en circuito abierto con trayectoria en espiral, comunicación dialéctica, donde cada miembro de la comunidad pueda iniciar y puntear la secuencia comunicacional con entera libertad”* (Ibídem).

**En tanto proceso cultural,** se considera a la Comunidad Terapéutica como una institución cambiante, conformada por un conjunto de normas, valores, principios, creencias y tradiciones que se transforman constantemente producto de su propia dinámica, en donde todos sus miembros aportan su bagaje cultural en función del enriquecimiento de esa cultura organizacional. Se fomentan relaciones sociales basadas en lo afectivo, el respeto por el otro, la capacidad de continencia y de ser buen depositario, el intercambio sincero y comprensivo.

**Como proceso político,** la Comunidad Terapéutica plantea como esencial la consideración de las ideas de democracia, libertad y seguridad en todas las partes del proceso. Democracia en la medida en que todos son considerados como iguales no solamente entre pacientes y sus familias, sino también con respecto a los médicos, compartiendo en la misma medida tanto las responsabilidades como los beneficios, deberes y derechos. Libertad en la medida en que se constituye en un *“régimen de puertas abiertas, sin muros, rejas, ni candados se propicia igual que se cultiva el diálogo confrontativo, la libertad de movimiento, de opinión y deci-*

*sión surge en franca oposición al imperio de la fuerza, a la represión, al confinamiento, a la segregación y al monólogo como comunicación conflictuada y entrampante*” (Ob. cit., 4). En otras palabras, se constituye en un régimen terapéutico alternativo que plantea la superación del carácter totalitario de los Hospitales Psiquiátricos. Seguridad en la medida en que para alcanzar el objetivo de curación se deben fomentar las relaciones de solidaridad y compañerismo de todos los miembros que la conforman a fin de superar la soledad y la frustración.

**En cuanto proceso filosófico**, esta institución persigue *“evitar la cosificación del individuo, propicia la recuperación del ser, la recuperación de su alteridad como forma de superación de esa ontología totalizadora que asumió su particularidad, como una manera de trascender al ser, al otro, perfectamente diferenciado en su singularidad”* (Ibídem). En dicha cosificación del individuo y negación de su alteridad ha jugado un papel fundamental el psiquiatra que en su acción custodial-represiva tipifica este tipo de conductas como enfermas, desequilibradas, peligrosas, ante lo que se impone el encierro, la represión o el electroshock.

En síntesis, la Comunidad Terapéutica se constituye en

*“un micro-ambiente capaz de generar el clima emocional de beneficio total..., la presencia dinámica y concientizada de una comunidad que aprende a hacerse cargo de sus “locos” y que ejerce funciones participativas incorporadas al servicio de la psiquiatría, de la más elevada jerarquía, plasmando una experiencia que nos ratifica el criterio de que los mecanismos potenciales de reparación de la comunidad puestos en marcha, canalizados, patentizan la respuesta singular y específica a los diferentes problemas que en materia de salud podrían plantearse en el futuro”* (Cocosal, 1987, 5-6).

Según estas consideraciones de tipo teórico referidas a la etiología del enfermo mental, el papel del médico, la relación entre el médico-paciente-familia, la institución asilar, entre otras, se plantea la necesidad de construir e implementar una nueva figura terapéutica como lo es el **Diálogo de Confrontación Familiar**.

La primera consideración al respecto nace del concepto de familia. Ella es entendida *“como un sistema de intercambio de suministro de materiales y afectivos; intercambios que se dan a través de intensas relaciones entre los miembros que conforman el sistema familiar”* (Cocosal, 1982, 17). Con base en esto, la situación de salud o enfermedad de los miembros que conforman ese grupo familiar viene dada por la cantidad y/o calidad de los suministros recibidos u otorgados durante el desarrollo de su vida. Se afirma entonces que el paciente es el máximo exponente de una disfunción familiar, de un contexto en el cual no existe una clara definición o se da una incongruencia entre los distintos roles de padre, madre, hijos, hermanos, etc. Por consiguiente, el enfermo mental se constituye en expresión de una carencia o ruptura en esos intercambios y por ello su ámbito de actuación inicial se remite a la familia, para luego considerar a toda la comunidad en la cual se aloja.

Según estos argumentos, la enfermedad mental no es exclusiva del miembro que la manifiesta que se constituye en su representante clínico, sino que sus raíces se localizan en su estructura familiar o en la comunidad que le da asiento. Por lo tanto, no se puede limitar la comprensión de la enfermedad y de su tratamiento únicamente al individuo, sino también a su entorno micro y macro-social.

Por todo lo señalado anteriormente, el Diálogo de Confrontación Familiar parte del supuesto según el cual *“el enfermo es el emergente de una situación enferma más total”* (Cocosal, 1982, 19). Emergente en el sentido de ser el depositario de las angustias y carencias del entorno familiar o social, aun cuando los demás miembros aparenten una sana situación de salud. Así, el paciente es el portavoz de las ansiedades, tensiones y frustraciones del grupo familiar que se expresan en él y por lo tanto se hace imprescindible incorporar de una manera activa y participativa a todos sus miembros a partir de las reuniones de confrontación.

En estas reuniones de confrontación, el psiquiatra y los grupos de apoyo se plantean como objetivo central identificar cuáles son esas conductas conflictivas al interior del entorno familiar que generan crisis para proceder a su reparación o modificación y así evitar futuras recaídas. En algunos casos, los comportamientos negativos se expresan en todos los miembros de una familia por lo que se hace necesario hacer extensiva la

terapéutica a todo el grupo y de allí que la participación de toda la familia en las reuniones de confrontación sea indispensable. Cuando se inicia el intercambio de narraciones de sus propias vivencias y de contrastación con otras experiencias, se da inicio a un proceso interactivo de aprendizaje social, cuyo fin último es detectar las anomalías y proceder a su superación.

La dinámica de los Diálogos de Confrontación Familiar se enmarcaba en un conjunto de actividades propias de la Asamblea Ordinaria de miembros que conformaban *Cocosal*. Esta reunión se realizaba en un día y hora en particular, específicamente los sábados a las 10:00 a.m., en la cual participan todos los pacientes con sus respectivas familias así como también un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatras, antropólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería. Luego de discutir algunos asuntos de carácter administrativo y de darles la bienvenida a los nuevos miembros o pacientes, dicha actividad tenía como punto final estos Diálogos de Confrontación Familiar.

Para ello, la Asamblea General era subdivida en pequeños grupos que contaban con el apoyo del personal profesional y técnico antes mencionado. Esta desagregación surgió como respuesta al formato inicial de un gran parlamento en donde se generaba un intercambio de información caracterizada por la resistencia a intervenir, la ausencia o superficialidad de las intervenciones, el solicitar más que dar información, etc., y por lo cual fue imposible alcanzar los objetivos deseados.

Conformados estos pequeños grupos de manera espontánea e informal bajo la dirección de un personal profesional o de un miembro con experiencia previa, se inician las discusiones con una pequeña introducción. El objetivo de esta introducción es

*“disminuir la angustia de las familias nuevas en el proceso y proporcionarle a su vez la confianza necesaria que permita bajar su resistencia para la participación espontánea. Consiste en explicar a las familias de la forma más sencilla posible, su coparticipación en la enfermedad o crisis que hizo a su familiar depositario de las angustias del grupo, emergente o portavoz de la enfermedad familiar. A la vez la necesidad de que también sea copartícipe del proceso inverso, la curación; con sus apor-*

*tes sobre las posibles causas de las crisis, su evolución, sus esfuerzos, y en especial sobre las interrelaciones familiares, la comunicación y sus conflictos” (Cocosal, 1987, 9).*

Luego de finalizada esta introducción, se inicia el derecho de palabra por parte del paciente y/o de los distintos miembros de su familia. En esta ocasión las familias hablan de diversos aspectos del paciente tales como su percepción acerca de su enfermedad y sus posibles causas, su personalidad anterior, su evolución ante los tratamientos recibidos y sus esperanzas ante esta nueva opción. También se discute acerca de sus interrelaciones, sus niveles y canales de comunicación, sus posibles conflictos y el papel que cada quien desempeña al interior de su familia. En este caso se habla de un primer nivel de intervención intra-familiar.

Posterior a esta *catarsis familiar* se propicia la discusión con la intervención del resto de los miembros asistentes preguntándose de manera abierta y espontánea para confrontar entre sí las diversas opiniones emitidas. No se permiten las interrupciones durante las exposiciones ni tampoco el establecimiento de diálogos directos que no posibiliten la injerencia de todos los miembros del grupo. En ocasiones, ante situaciones similares se permite la simultaneidad en las presentaciones pero con el cuidado de darle respuesta a todos los casos referidos. Aquí se está en presencia de un segundo nivel de intervención o inter-familiar.

Para finalizar, el psiquiatra coordinador realiza una síntesis de todos los casos planteados tratando de identificar las particularidades de cada familia, las conductas que se considera inadecuadas, los conflictos a resolver, las angustias y resistencias existentes, así como las acciones necesarias a seguir para enfrentar la enfermedad y mejorar la salud del paciente y de su entorno familiar. Para alcanzar una mayor efectividad se hace necesaria la asistencia de una manera continua a todas las reuniones aun después de superada la crisis, ya que la posibilidad de compartir la experiencia con nuevos participantes y de hacerles seguimiento a los pacientes para evitar futuras recaídas se consideran aspectos significativos en este tratamiento.

Este escenario terapéutico alternativo ha enfrentado un conjunto de dificultades tanto internas como externas que han conspirado contra su prosecución y existencia. De hecho, la actividad que hoy en día prestan se

ha minimizado y está reducida al área de Consulta Externa sin contar con una Sala de Hospitalización. Entre las posibles causas que han conducido a su decadencia se destaca la falta de personal especializado en el campo de la Psiquiatría que se anime a participar en este proyecto bajo estas co-ordenadas teórico-prácticas lo que es una constante desde los inicios del proyecto dada la supremacía de la concepción organicista y farmacológica del trastorno. Indudablemente, otro de los factores que han conspirado para que no se haya mantenido esta propuesta vigente está asociado a la posibilidad de cuestionar el papel dominante que el **saber poderoso** de la psiquiatría representado en la versión únicamente médica del trastorno y el papel de las Big Pharma tienen sobre este tema. Además, la falta de presupuesto y la necesidad de atender “*otras prioridades médicas*” han desplazado el centro de atención de este tipo de enfermos.

### **Catesfam y la Coesquizofrenia**

Además de la actuación ya concluida de *Cocosal*, una de las pocas propuestas terapéuticas alternativas vigentes al modelo médico fundamentado principalmente en la concepción puramente orgánica del trastorno, la primacía de la institución asilar y el papel incuestionable de los psicofármacos entre otros, se encuentra representada en la labor del **Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (Catesfam)**.

*Catesfam* nace específicamente en la ciudad de Maracaibo, estado Zulia. Los orígenes de esta institución se remontan a las reuniones de amistad y compartir realizadas en 1992 en el Hospital Psiquiátrico de esta ciudad entre algunos miembros del personal médico, pacientes y sus familiares. Tales reuniones se trasladaron en 1993 a otros sitios, como casas de familia, casas parroquiales, locales alquilados y espacios institucionales. En 1998 se consolida como institución al constituirse legalmente como una Asociación Civil sin fines de Lucro y para el año 1999 se hace miembro de la *World Schizophrenia Fellowship*, lo que permitió la comunicación constante con grupos similares a nivel mundial. Todo este escenario facilitó su reconocimiento por parte de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y otras organizaciones del país y del mundo. Inicialmente su radio de acción se circunscribió solamente al tratamiento de las personas que sufrían de esquizofrenia, pero en virtud de las exigencias del entorno social su actuación se extendió hacia otras patologías.

Es concebida como una fundación no mercantilista, abierta, sin confesión religiosa específica, ni militancia política, cuyo fin consiste en promocionar la salud mental, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades mentales, así como la rehabilitación biopsicosocioespiritual para los individuos, familia y sociedad. Su función se ubica a dos niveles:

a.- Inducir terapéuticamente un cambio en la conducta del individuo, sin privarle de su identidad, respetándole de modo íntegro y articulándolo activamente dentro de la sociedad. El paciente se considera como una persona con deberes y derechos que cumplir a fin de disminuir las ventajas sociales y las actitudes negativas que conllevan el estigma y la discriminación, para lograr su rehabilitación permitiéndole integrarse al medio socio-familiar y mejorar su calidad de vida.

b.- Erigirse como promotora de la Salud Mental brindando servicios a nivel educativo, terapéutico, sociocomunitario, médico y espiritual dedicándose al tratamiento de distintas patologías (esquizofrénicos, trastorno bipolar, depresivos y adictos).

En sus inicios, resalta el cuestionamiento al grado de deterioro en el cual se encontraba la realidad de la salud mental en Venezuela como consecuencia de la ausencia de políticas públicas bien definidas en esta área así como a la aplicación del “modelo tradicional médico”. Al respecto afirman lo siguiente:

*“El sector salud en Venezuela se ha visto afectado desde hace algunos años, específicamente en salud mental, ya que el Estado Venezolano carece de un plan de acción definido para la atención integral de los enfermos mentales así como el consecuente deterioro de los servicios ofrecidos. El enfermo mental es ingresado en hospitales psiquiátricos o en clínicas privadas, donde se les ofrecen servicios farmacológicos para que superen las crisis y no se tiene una visión integral que incorpore tanto estrategias educativas como la integración del grupo familiar. En las instituciones de salud, se aplica un modelo de atención tradicional que más allá del tratamiento farmacológico y la práctica hospitalaria, no incorpora la educación del paciente, no logra*



*la autonomía e independencia del mismo ni utiliza la atención socio-comunitaria como factor fundamental de la recuperación y reinserción familiar y social, razón por la cual la atención es deficiente y tiene un costo elevado. Aunado a esto se encuentra que con el advenimiento de medicaciones que permitan al paciente optar por un aumento de su calidad de vida, se ha dado un profundo cambio en las necesidades de éste, donde la primera de ellas es la reactivación de su vida social” (Catesfam, 18).*

En términos teórico-conceptuales, *Catesfam* parte de esta crítica y promueve la necesidad de “*un cambio de paradigma en la atención y recuperación del enfermo mental*”, en especial del esquizofrénico, ya que este se constituye en uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes con una prevalencia estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 1% y el 1,5%.

**Para ello su propuesta rechaza, en primer lugar, la concepción puramente biologicista que se tiene sobre la esquizofrenia.** Según la OMS, “*la esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, ideas bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y (generalmente) capacidad intelectual conservada*” (*Catesfam*, 2008, 9). Perteneciente al grupo de las psicosis, se define por un grave deterioro de la evolución de la realidad que afecta el normal desenvolvimiento social de las personas como consecuencia de distorsiones en la percepción del pensamiento y de las emociones.

Para *Catesfam*, la esquizofrenia se ha convertido no solo en una enfermedad de índole biológica sino que ha trascendido estos límites como un fenómeno complejo que posee diversos niveles:

- Personal (síntomatología, incompetencia personal, autoagresión, deterioro).
- Familiar (coesquizofrenia).
- Social (estigma, discriminación).
- Asistencial (costos, actualización, cambio de paradigma).
- Etiopatogénico (investigaciones no concluyentes).

Conforme con estas premisas, se debe pasar de un esquema eminentemente fenomenológico y asistencialista a una nueva concepción holística, que posibilite el abordaje no solo del especialista en materia de salud, sino también de la concurrencia de otras especialidades o de manera multidisciplinaria.

**En segundo lugar, la atención del enfermo mental no se puede remitir únicamente a su estabilización cuando se encuentre en su fase aguda a través de su internación en los Hospitales Psiquiátricos.** Para superar esta limitación, *Catesfam* propone actuar en distintos niveles de desarrollo del trastorno que van desde una fase preventiva, pasando por una fase terapéutica hasta culminar con una fase de seguimiento y control.

**En tercer lugar, *Catesfam* le asigna una condición activa y participativa al paciente en la comprensión y tratamiento de su patología, lo que contrasta con la actitud pasiva presente en los anteriores procesos de curación.** Ahora el paciente tiene su verdad que no necesariamente es la verdad del médico tratante. Además, el paciente que sufre de una patología mental es considerado para *Catesfam* como una persona que por ende tiene sus derechos y deberes que cumplir con el fin de alcanzar una vida digna, lejos del estigma que todavía predomina en el todo social.

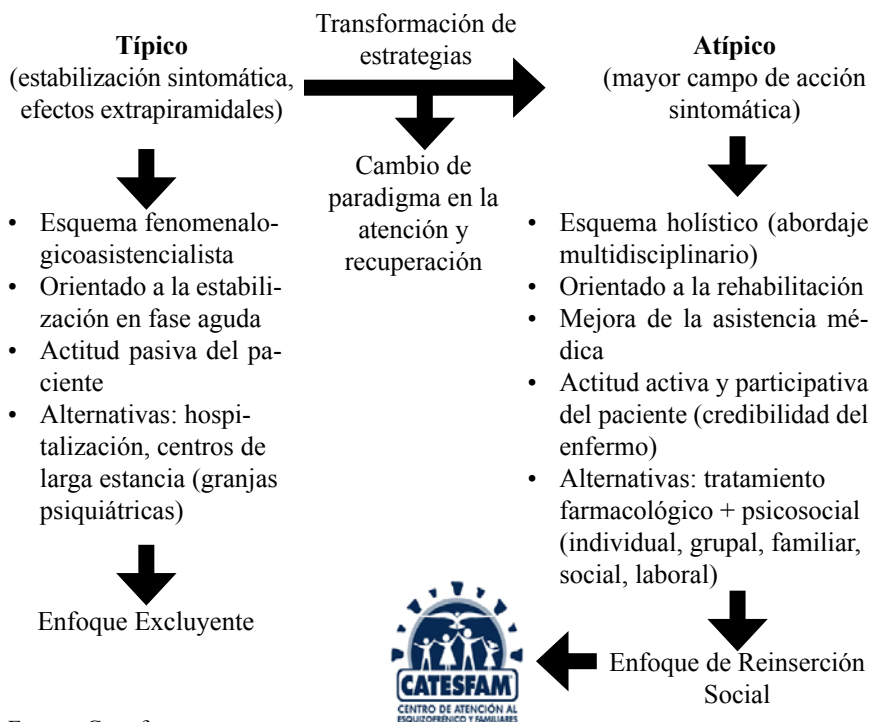
**En cuarto lugar, frente a la alternativa de hospitalización en institutos psiquiátricos de diversa índole que se caracterizan por sus altos niveles de cronicidad y la baja efectividad de sus tratamientos, *Catesfam* plantea la necesidad de una terapia combinada basada en el tratamiento farmacológico con antipsicóticos de última generación más un abordaje psicosocial a distintos niveles (grupal, familiar, social, laboral).**

En términos generales, *Catesfam* plantea la necesidad de utilizar un “*Paradigma Atípico*” para la atención y recuperación del enfermo mental caracterizado principalmente por un mayor campo de acción sintomática y que privilegie la reinserción social, en contraposición al “*Paradigma Típico*”, dominante en la práctica médica que apunta principalmente hacia la estabilización sintomática, sin considerar los efectos extrapiramidales y favoreciendo la exclusión y la estigmatización. Ante esta nueva complejidad, *Catesfam* diseña un cambio de perspectiva en la comprensión del trastorno mental para lo cual propone el enfoque BIOPSIKOSOCIOESPIRITUAL.

- a.- Bio: Referido al origen bioquímico de la enfermedad.
- b.- Psico: En consideración a la afectación que se da no solo en el paciente sino también en su familia.
- c.- Socio: En atención a su repercusión en el ámbito de las relaciones y el establecimiento de las normas mínimas de convivencia.
- d.- Espiritual: Parte de la necesidad de creer en nosotros mismos y en un poder superior para nosotros en cualquiera de sus manifestaciones.

Este nuevo planteamiento se desarrolla a partir de lo que han denominado el Modelo Paradigmático *Catesfam* en el cual se destaca el tratamiento ambulatorio que se da en la Institución. (Ver Cuadro N° 3).

**Cuadro N° 3**  
**MODELO PARADIGMÁTICO CATESFAM**



Con respecto a este modelo terapéutico, se parte de la premisa según la cual los antipsicóticos, principalmente los atípicos, son parte importante en el tratamiento de la enfermedad ya que *“poseen una acción amplia a nivel de los neurotransmisores y causan menos efectos colaterales, experimentando una mejoría esperanzadora, observada en la mayoría de los pacientes”* (Catesfam, 7).

Pero a pesar de esta contribución, los pacientes no llegan a recobrar por completo su salud mental. En este sentido, se hace necesaria la implementación de otra terapia paralela para suplir esas deficiencias que apunta específicamente no solo al enfermo sino principalmente al conjunto de relaciones y situaciones que se establecen entre él y su entorno familiar, grupal, etc., incorporando así una dimensión social. Bajo esta perspectiva, se construyó la categoría de **Coesquizofrenia**, la cual se define como *“una enfermedad caracterizada por preocupación extrema, pérdida del control emocional y de la forma de comportarse a través de una dependencia hacia el esquizofrénico llegando a afectar sus relaciones hasta en la forma de vivir, ya que descuidan sus propias necesidades por estar pendientes del esquizofrénico”* (Catesfam, 5). Esta categoría de carácter subsidiario, no afecta directamente al paciente que sufre la enfermedad, sino a su entorno familiar y social que sufre las consecuencias de la alteración en su modo de vida producto del involucramiento y la no comprensión, en diversos aspectos, del trastorno que sufre la persona, lo que también afecta su posibilidad de reinserción. De allí la necesidad de incorporarle una dimensión social a este modelo terapéutico, ya que solamente los antipsicóticos no remedian esta enfermedad, sino que se hace imprescindible la participación activa de otros miembros del entorno social del paciente, bien sea porque sufren de esta “enfermedad colateral” que igualmente hay que sanar o porque facilitan la incorporación del enfermo al generar las condiciones afectivas, emocionales, etc., que propicien su rehabilitación.

Con base en estas consideraciones, este modelo terapéutico se desarrolla en las siguientes fases:

**1.- Recepción:** Considerado el momento más importante, establece el primer contacto entre el equipo *Catesfam* y el paciente con sus familiares, de lo cual se elabora un reporte evidenciando las características

más sobresalientes que presente todo el grupo familiar (vergüenza, culpa, negaciones, desesperanzas, etc.) y se abre un expediente. Se le provee al paciente de un carné con el fin de generar un sentido de pertenencia al grupo y les sirve de auxilio en casos de crisis; además se realizan entrevistas conjuntas y por separado al paciente y su familia. Todo esto con la intención principal de infundirle comprensión y alentarle en el deseo de recuperación. En este acercamiento se busca:

- a.- Detectar los conocimientos que se tienen acerca de la esquizofrenia.
- b.- Realización de test psicométrico.
- c.- Pactar compromisos de aceptación con los reglamentos del modelo terapéutico y de la institución.
- d.- Realización de autobiografías a todo el grupo familiar.
- e.- Asistencia de los familiares al grupo de autoayuda.

**2.- Evaluación Psiquiátrica/Neurológica:** En virtud del incuestionable uso de los medicamentos atípicos se hace necesario realizar dos tipos de evaluaciones: Una psiquiátrica a fin de detectar la existencia o no de ciertas patologías que evidencien la presencia de una enfermedad así como su caracterización (trastornos de personalidad, psicóticos, etc.); y otra neurológica para diagnosticar sus condiciones funcionales a fin de valorar los posibles efectos del consumo de estos medicamentos (electroencefalogramas, mapeo cerebral, tomografías, etc.).

**3.- Tratamiento Psicofarmacológico:** Uno de los pilares básicos de este modelo lo constituye el uso de antipsicóticos atípicos así como también sus posibles combinaciones con otros medicamentos. Esta primacía deviene del carácter orgánico y bioquímico que a su entender da origen al trastorno. Su uso se hará únicamente cuando sea necesario y las condiciones del paciente lo ameritan. Para tener mejor acceso a estos medicamentos por parte de sus miembros, la institución posee en sus instalaciones un *Banco de Antipsicóticos* autogestionado. Por último, consideran la posibilidad de la Terapia Electro Convulsiva (TEC) como tratamiento, solamente en aquellos casos en los cuales los antipsicóticos no hayan tenido resultados positivos.

**4.- Entrevista Familiar:** Se encuentra repartida en dos sesiones como mínimo y busca conocer las relaciones interpersonales en el seno familiar a fin de determinar si estas bloquean la recuperación o no del paciente. En estas sesiones se realizan las siguientes actividades:

- a.- Revisión de autobiografías en las cuales cada miembro del grupo familiar manifiesta cómo ha sido afectado por la esquizofrenia del paciente y cuáles son sus expectativas. Con esta exploración se persigue motivarlos positivamente y que tomen conciencia de los alcances del trastorno y cómo enfrentarlo.
- b.- Examinar la asistencia a los grupos de autoayuda según su participación así como el cumplimiento de las actividades exigidas.
- c.- Realización del Taller de Coesquizofrenia con el propósito de estimar los niveles de afectación de cada miembro del grupo familiar y las actitudes, principalmente negativas, que han adoptado para ofrecerle la ayuda oportuna que requieran.

**5.- Evaluación Socio-Económica Familiar:** Se busca conocer la disponibilidad financiera de cada miembro del grupo familiar para contribuir económicamente con el tratamiento y la recuperación del paciente. A partir de la consideración de un conjunto de variables, se localiza su posición a través del Modelo Graffar y así se establece la posibilidad o no de una ayuda. Si se hace necesaria esa ayuda, se determinará si la misma es total o parcial.

**6.- Psicoterapia Individual:** La intención a este nivel consiste en romper los mecanismos de defensa del paciente, sin tener la actitud represiva ni moralista y evitando la manipulación del paciente y su familia a partir de:

- a.- Psicoterapia Individual de corte cognitivo-conductual (Manejo de Mayéutica).
- b.- Talleres de autoestima, autocontrol, autoperdón.
- c.- Psicoterapia a dúo con otros terapeutas especializados.
- d.- Manejo de mecanismos comunes de defensa implementados por otras personas recuperadas de la enfermedad.

**7.- Asesoría Familiar:** En esta instancia se le plantea a todo el grupo familiar diversos aspectos referidos a la enfermedad, haciendo énfasis en los logros alcanzados en las dos últimas décadas gracias a la acción de los antipsicóticos. También se les informa acerca de la necesidad de la aceptación de la enfermedad tanto en el paciente como en sus familiares (coesquizofrenia), la importancia de los aspectos genéticos, los distintos mecanismos de defensa, las expectativas y esperanzas que se tienen con respecto al tratamiento y desarrollo de la enfermedad así como instrucciones detalladas y material de apoyo en cuanto a técnicas de intervención.

**8.- Asistencia a grupos de autoayuda:** Se realizan dos veces por semana y se da cuenta por el testimonio de los asistentes de cómo se vivencia su enfermedad y de cómo la han experimentado los demás. La intención principal es estimular positivamente al paciente y lograr mayores niveles de integración.

**9.- Desensibilización Sistemática Confrontativa:** El fin de esta acción es confrontar, a través de recursos audiovisuales, con hechos reales durante la cronología de su vida y cómo la enfermedad ha incidido en su salud, la de su familia y sus posibilidades de recuperación.

**10.- Asesoría Espiritual:** Durante todo el proceso, se respeta la concepción religiosa que tenga el paciente y su familia, promocionando valores como el perdón, la fe, la esperanza, el ideal de vida, la unión a Dios, etc. Esta postura puede ser reforzada, a solicitud de los pacientes y/o de sus familias, con la intervención de personal religioso con conocimiento acerca de la enfermedad.

**11.- Visitas Domiciliarias:** Mientras se encuentra el paciente en proceso de recuperación, el equipo de *Catesfam* así como otros pacientes realizan una serie de visitas al lugar de residencia del paciente con el fin de potenciar los vínculos de solidaridad y adhesión al grupo. Se pretende disminuir la angustia, el estrés, el desconocimiento, la culpa y vergüenza que suelen tener los familiares y a sentirse útiles en el proceso de recuperación.

**12.- Asesoría Jurídica y Orientación Laboral:** Tanto el paciente como sus familiares reciben toda la información necesaria con respecto al marco jurídico que protege sus derechos como ciudadanos así como la

orientación necesaria a fin de desenvolverse en una actividad laboral cónsona con su situación y que no le afecte en su trastorno.

**13.- Tratamiento Ambulatorio:** En caso de que un paciente sea dado de alta de una hospitalización, bien sea por primera vez o porque sufre una recaída, el paciente es valorado en una consulta externa con intervalo máximo de cinco días durante las tres primeras consultas y luego cada dos a tres semanas. Luego, *Catesfam* ha ideado un tratamiento ambulatorio que se “*basa en la aplicación práctica de los diez pasos terapéuticos para mantenerse libres de crisis*” (*Catesfam*, 15). Este decálogo se da a conocer con el fin de constituirse como parte de la vida de cada persona afectada, directa o indirectamente, por la enfermedad, el cual debe ser de estricto cumplimiento, a saber:

- a.- Aceptación de la enfermedad: No debe resignarse ante la enfermedad, ni considerarla como un hecho divino o mágico-religioso. Se fomenta la noción de una patología de tipo biológico y orgánico para lo cual existen variados y efectivos recursos.
- b.- Medicación: Debe entender los procesos y efectos tanto directos como colaterales de los medicamentos así como las consecuencias de su suspensión. También se destaca a este nivel los deberes y obligaciones consigo mismo.
- c.- Consulta: Debe valorar el conocimiento del médico en esta área y su disposición para compartirlos a partir de una comunicación horizontal, bidireccional.
- d.- Evitar situaciones de conflicto o estrés: Debe enfrentar las situaciones adversas según la explicación de la dinámica del estrés y los efectos sobre su estructura emocional y la de la familia del paciente a fin de enfrentarlos.
- e.- Creer en el paciente: Ahora debe considerarse proactivo, dinámico y no ser un simple receptáculo pasivo de un tratamiento. A partir del efecto demostración, tomando como ejemplo aquellas personas que aun sufriendo el trastorno han obtenido algún tipo de logros en su vida laboral o social, se le promoció una actitud positiva y se alienta su recuperación.



- f.- Manipulación: No debe caer en una situación de aprovechamiento de su mal estado de salud que no facilita su recuperación.
- g.- Poder Superior: Puede encontrar ayuda y soporte en sus creencias religiosas, independientemente de la fe que profese.
- h.- Grupos de Autoayuda: Debe compartir sus experiencias con la de otros pacientes en una serie de reuniones para intercambiar información acerca de diversos aspectos de su trastorno.
- i.- Actividades Psicofísicas: Debe estimular el desarrollo mental y corporal a través de diversas tareas para fomentar el desarrollo de los sentidos y evitar la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las acciones. (Anhedonia).
- j.- Hacer algo útil y divertido: Debe saber diferenciar tanto los aspectos positivos como negativos de todas las acciones que realice.

A nivel organizacional, además manejan una serie de propuestas tales como su Misión, Visión y Valores que enmarcan su desempeño en lo que se refiere al tratamiento de las personas con trastornos mentales. A continuación, se mencionará cada uno de esos aspectos:

- a.- **Misión:** Prestar servicios integrales de salud mental en los cuatro niveles de atención, a través del Modelo de Recuperación Personal bajo un enfoque biopsicosocioespiritual para el esquizofrénico y demás enfermos mentales, su familia y sociedad para una mejor calidad de vida.
- b.- **Visión:** Consolidarse como una institución a nivel nacional, sustentable con nuevos paradigmas en la atención integral del enfermo mental, siendo promotor de salud, eliminando el estigma, divulgando conocimientos científicos en el área y lograr que la población atendida sea gestora de su recuperación.
- c.- **Valores:**
  - 1. Solidaridad.
  - 2. Respeto.
  - 3. Confianza.
  - 4. Perseverancia.

5. Honestidad.
6. Ética.
7. Igualdad.
8. Responsabilidad.
9. Fe.
10. Amor.

A través de los años han desarrollado una serie de actuaciones que han posibilitado ampliar su radio de acción, entre las cuales destacan:

2000: Participación en el I Congreso sobre utilidad y utilización de fármacos antipsicóticos de segunda generación.

2001: Nuevos servicios tales como membresía, consulta (psiquiátrica y psicológica), programas (padrino de tratamiento, solidaridad interna).

2002: Reuniones de autoayuda cerradas (pacientes – familiares).

2003: Programas *Catesfam* en acción, Amistad en línea, No todo es blanco y negro con los colores, Miembros desde el cielo.

2005: Programa Miembro Benefactor. Programa de expansión (Valencia, Táchira).

2006: Programa de Atención Familiar Domiciliaria (PAFADOM).

2007: Realización de la I Convención Fortaleciendo Esfuerzos (Táchira, Machiques y Maracaibo).

I Encuentro Catesfamista: Uniendo esperanzas (Machiques).

2008: II Encuentro Catesfamista: Renacer a la vida (San Cristóbal, Creación de la Escuela Nacional de Formación Catesfamista ((ENFOCATE)).

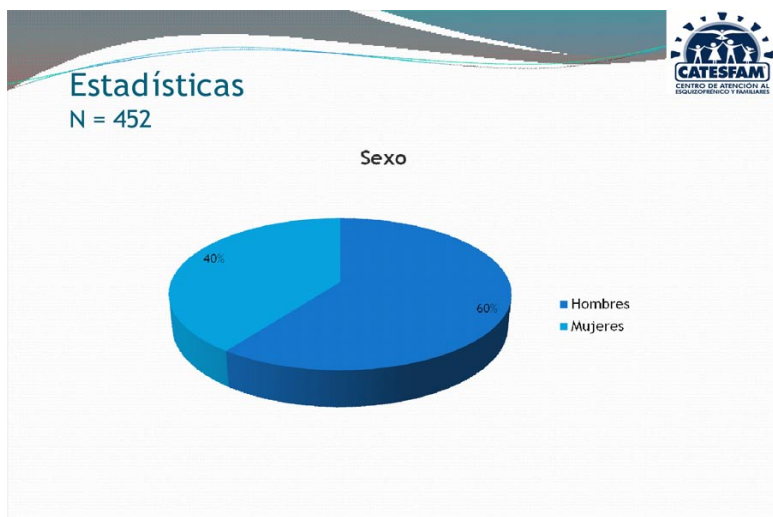
En la actualidad cuentan con alrededor de 800 miembros inscritos, distribuidos en distintas sedes a nivel nacional:

- o *Catesfam* Zulia (Mayo – 1998)
- o *Catesfam* Táchira (Mayo – 2006)
- o *Catesfam* Seccional Machiques (Dic. – 2006)
- o *Catesfam* Seccional Coro (Abril – 2007)
- o *Catesfam* Mérida (Feb. – 2008)

Por otro lado, *Catesfam* realizó en el año 2006 un Censo de su Población Atendida en Maracaibo a fin de conocer las características socio-demográficas de sus pacientes llegando a obtener los siguientes resultados con base en un universo poblacional de 452 pacientes que se encontraban activos en esa fecha:

- a.- El sexo predominante es el masculino (60%).
- b.- La edad más recurrente es de 30 a 39 años (28%).
- c.- El trastorno más atendido es la Esquizofrenia (61%).
- d.- El estado civil que sobresale es el soltero (81%).
- e.- El nivel de instrucción preponderante es el bachillerato (48%).
- f.- El nivel socio-económico que resalta se ubica en la pobreza (52%).

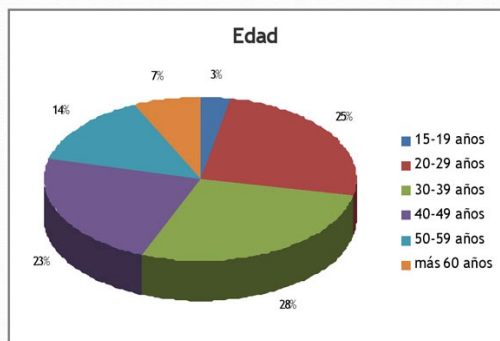
A continuación se presentan una serie de gráficos, elaborados por la misma institución, en los cuales se detallan el comportamiento de cada una de las variables señaladas anteriormente.



Fuente: Membresía CATESFAM

## Estadísticas

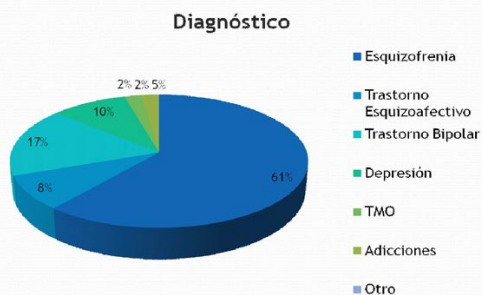
N = 452



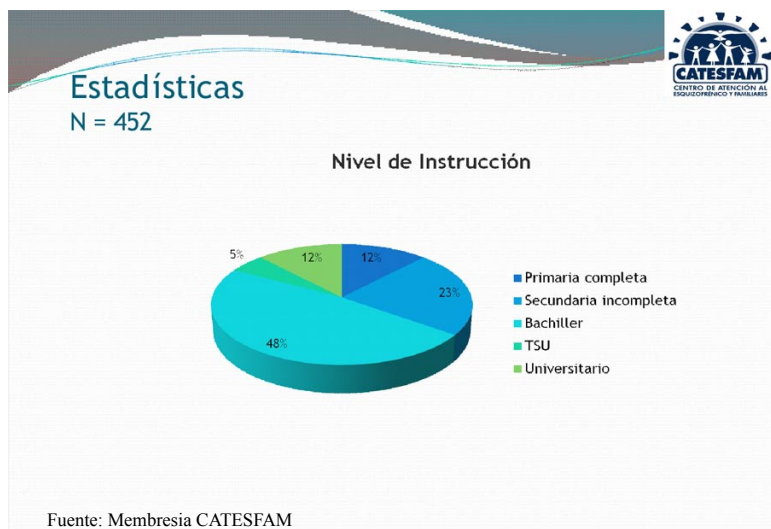
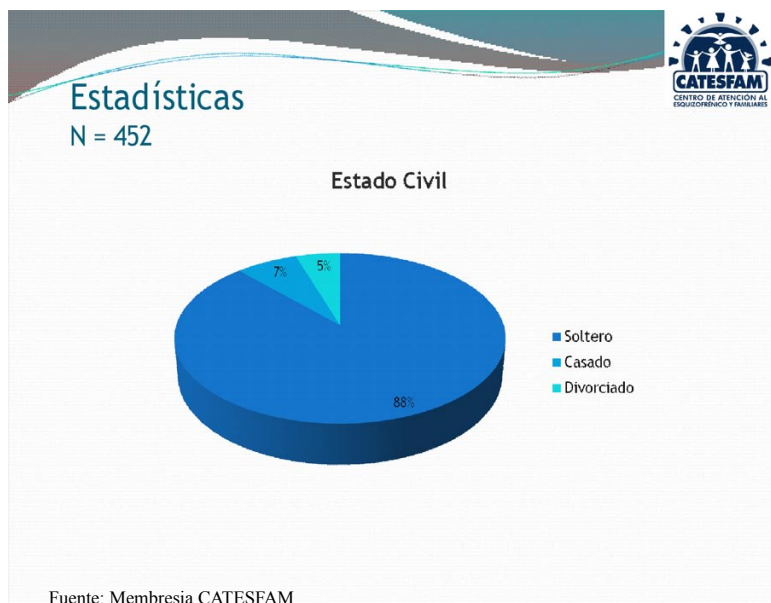
Fuente: Membresía CATESFAM

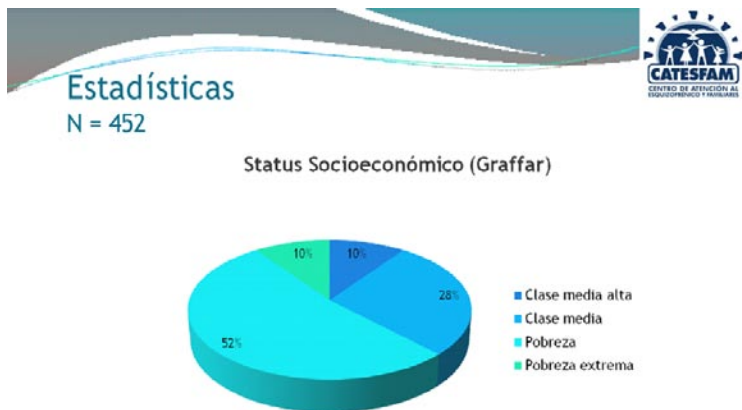
## Estadísticas

N = 452



Fuente: Membresía CATESFAM





Fuente: Membresía CATESFAM

### *Cocosal y Catesfam como aggiornamento*

Luego de haber analizado las dos principales propuestas terapéuticas *alternativas o progresistas* al enfoque tradicional psiquiátrico basado en el manicomio como estructura hegemónica y que se pusieron muy de moda en toda Europa a finales del siglo pasado, se puede afirmar que si bien parten de *principios supuestamente transformadores* en su concepción y en su aplicación, no llegan a cuestionar los fundamentos mismos de las relaciones de poder que conforman la condición *sine qua non* del discurso o saber dominante de la psiquiatría.

Dichos supuestos se pueden identificar con respecto a:

a.- la superación del modelo institucional del manicomio por una serie de unidades de tratamiento, esparcidas por la comunidad, con equipos multidisciplinarios dispuestos a una atención preventiva o de urgencia;

b.- una crítica a las nosografías clásicas que remite a un concepto meramente orgánico de las enfermedades y depositado únicamente en el enfermo por una “*psiquiatría de los conjuntos*”, que alude a la familia y la comunidad como un todo enfermo (Comunidad Terapéutica y Coesquizofrenia en los casos de *Cocosal* y *Catesfam*, respectivamente);

c.- superar el paternalismo médico y las relaciones autoritarias a partir de una “*democracia terapéutica*” en donde el paciente es considerado como un ente activo, un ciudadano con todos sus derechos y deberes, por lo cual merece el debido respeto siendo así más fácil su proceso de reinserción social.

Para Castel, en una crítica a la propuesta de Jacques Hochman en su obra *Para una psiquiatría comunitaria*, estas nuevas formas que intentan superar las limitaciones de las estructuras y los dispositivos de intervención tradicionales se tratan “*más bien de un aggiornamento de la psiquiatría, de una tendencia a reconceptualizar el modelo psiquiátrico para difundirlo, sin cambiarlo fundamentalmente*” (Castel, 250, 1975). Indudablemente sería insensato y antiético desconocer las grandes limitaciones que todavía hoy en día presentan, en muy distintos aspectos, esas formas y estructuras tradicionales pautadas en el anterior modelo psiquiátrico (manicomios, por ejemplo). También sería una falta de consideración y de objetividad pretender desconocer *los grandes avances y mejoras* que se han alcanzado sobre todo con respecto a un trato más humano de los pacientes con la implementación de estas propuestas. **Pero más que reactualizar el análisis, lo importante es identificar de dónde se originan esos procesos de segregación y de diferenciación que se constituyen en la base estructural de las relaciones de saber-poder que se expresan en el saber dominante psiquiátrico: el todo social.**

En este sentido, estas propuestas modernistas no apuntan a destacar el verdadero origen o fuente de dichos trastornos, sino más bien tienden a universalizarlos, desplazándolo de una relación médico-paciente a otra con un mayor ámbito de actuación: médico-paciente-familia-comunidad en la cual el psiquiatra mantiene su posición de primacía y no se va a confinar a los espacios del manicomio, sino que se da una amplificación ilimitada del modelo médico hacia el todo social. “*La relación médica se extiende progresivamente para cubrir toda la vida colectiva y disolver por sus pathos (sociopatía) todas las contradicciones objetivas*” (Castel, 250, 1975). **Si bien el hecho de caracterizar la enfermedad mental como una división del saber médico limitaba los alcances de su poder al referirse a un limitado número de comportamientos, ante estas nuevas propuestas todo el mundo se encuentra en una relación terapéutica generalizada.**

*“Si “curar la vida” supone que se psicologizan todas las contradicciones y que se patologizan todos los conflictos, este noble proyecto corre el peligro de convertirse simplemente en máscara que encubra el más sutil de los imperialismos médicos” (Castel, 251-2, 1975). Por todo lo anterior, para poder superar esas actualizaciones psiquiátricas se hace necesario entender que la definición de los comportamientos sociales clasificados como patológicos así como el conjunto de dispositivos que se instrumentan para su tratamiento devienen de un saber poderoso y que por lo tanto poseen una base estructural objetiva que condiciona los límites y alcances de las relaciones de poder.*



## **CAPÍTULO 5.- ESTADO ACTUAL Y TENDENCIAS DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN VENEZUELA**

### **El diseño empresarial de la locura: Medicalización de la vida cotidiana y Colectivización del trastorno**

A partir de la segunda mitad del siglo XX, y reforzado años más tarde por las revueltas estudiantiles acaecidas en el Mayo Francés y otros acontecimientos a nivel mundial, el tema de la locura había dado un giro significativo gracias a los aportes teórico-prácticos hechos por distintos investigadores y desde diversas perspectivas.

En Inglaterra, R. Laing y D. Cooper, desde una psiquiatría que aunaba el existencialismo y el psicoanálisis con un vago trasfondo de marxismo, desarrollaron la comunidad terapéutica londinense de Kingsley Hall, un lugar con una dinámica muy diferenciada al resto de los otros hospitales psiquiátricos. En Italia, F. Basaglia lideró una transformación psiquiátrica institucional de amplia resonancia, que comenzó por un proceso de humanización hasta finalizar con el cierre de los manicomios. En Francia, las investigaciones de M. Foucault vincularon el concepto de saberes poderosos con sus diferentes formas de materialización (cárceles, manicomios, etc.) contextualizando así todo tratamiento, fuera médico o psicológico, como un ejercicio de poder. En Norteamérica, Thomas Szasz denunció el mito de la enfermedad mental al considerarla más que una patología una disfunción social y planteó el carácter societal de la enfermedad mientras que Erving Goffman criticaba el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos como Instituciones Totales y analizaba el mundo social de los pacientes hospitalizados o una versión sociológica del yo del paciente internado.

No solo se cuestionaba la fundamentación teórica de la ciencia psiquiátrica sino también sus métodos de diagnóstico y de tratamiento del paciente. Lo que tenían en común ese conjunto de estudios críticos era la intención de poner al descubierto el trasfondo ideológico y justificador del

orden capitalista contenido en ese denominado saber poderoso como lo es la ciencia psiquiátrica. *“La locura se presenta ya como una parte del programa de vida burgués: ella es de hecho el corolario de la pasividad y del ser extraño a sí mismo constitutivos de esa alienación generalizada llamada normalidad”* (Rovatti citado por Rendueles, 2004, 38).

Rendueles afirma que el mayor logro alcanzado por este movimiento crítico fue el cuestionamiento contundente de la lógica e institucionalidad manicomial, lo que conllevó en algunos casos como en Italia su destrucción. Pero a la vez, tuvo una derrota, como lo fue el *“radical fracaso del proyecto de despsiquiatrización de las malarias urbanas”* (Rendueles, 2006, 41).

Ese fracaso del proyecto de *despsiquiatrización de las malarias urbanas* posibilitó la consolidación de un movimiento denominado por Rendueles de **contrarreforma psiquiátrica** que se hizo extensiva a todo el mundo, incluyendo por lo tanto a Venezuela, apuntalada en dos pilares básicos: la unificación de los criterios pragmáticos para la teoría y práctica psiquiátrica a partir de los DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*); y por otro lado, la introducción y prescripción de los psicofármacos para el tratamiento de la locura. La actuación conjunta de estas dos variables en su desarrollo histórico ha llevado en los actuales momentos a un **proceso de colectivización del trastorno y de medicalización de la vida cotidiana, como máxima expresión de esa contrarreforma psiquiátrica**.

Con respecto a la primera instancia, la necesidad de establecer criterios para diferenciar los distintos tipos de conductas *anormales* es de muy antigua data. Según Read, Hipócrates (460-377 a.C.) fue el primero en promulgar la teoría médica y organicista de la locura al clasificar esas conductas como enfermedades tratando de identificar sus causas. Describió cuatro temperamentos básicos (sanguíneo, colérico, melancólico y fleumático) según desequilibrios de los humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. El antecedente más significativo en cuanto a los sistemas clasificatorios se puede ubicar, según Coddou,

*“en los inicios de la Revolución Científica, con personajes como Paracelso, Fernel o Weyer..., el aporte de Boissier al enumerar*

*más de 2.400 enfermedades... Bayle, por su parte, fue el primero en establecer una correlación sintomático anatómica, y uno de los primeros en incluir el curso de la enfermedad como criterio diagnóstico y clasificador. Las contribuciones de Kraepelin marcaron un hito al proponer la adopción de un criterio organizador; una matriz conceptual a la base de las observaciones clínicas, lo que lo hace ser considerado el arquitecto de la nosología moderna” (Coddou, 2001, 1).*

En el censo de 1880 en EE.UU. se diferenciaron siete categorías de trastornos mentales: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia.

A partir de los años 1940, la Organización Mundial de la Salud comienza a implementar la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). Estados Unidos solicita en 1944 a un grupo de profesionales encabezados por Kart Menninger la elaboración de una nosología práctica que posibilite enfrentar la gran cantidad de trastornos psicológicos y conductuales generados por las dos guerras mundiales, dada la incapacidad manifiesta de la CIE para categorizar estos trastornos.

A lo largo del tiempo se fueron publicando sucesivas ediciones (CIE-1, CIE-2, etc.), y es a partir a la sexta edición (CIE-6) publicada en 1948, cuando se incorpora por primera vez una sección destinada a trastornos mentales, donde se incluyeron 10 categorías de psicosis, 9 de psiconeurosis y 7 de trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia, lo que ponía en evidencia la gran demanda social que representaba el tratamiento de estos trastornos. Cazau afirma que *“esta sexta edición es muy importante porque a partir de ese apartado para trastornos mentales, fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica”* (2006, 1).

Ese mismo año, un comité especial de la American Psychiatric Association comenzó a trabajar en el desarrollo de un sistema clasificatorio alternativo en virtud de las limitaciones que presentaba el CIE-6 y es en 1952 cuando publica el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), lo que traducido al español es *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Averbach, citado por Cazau, afirma que:

*“a diferencia de otras ramas de la medicina, en psiquiatría siempre ha sido problemático ponerse de acuerdo en el sentido que les damos a los diagnósticos y a las palabras que usamos para nombrarlos. Recién en 1948, en la 6ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE 6) hecha por la OMS, se dispuso de una clasificación internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, clasificación que estaba muy lejos de conformar a todos los psiquiatras. En 1952, disconforme con los acuerdos alcanzados en la OMS, la Asociación Psiquiátrica Americana edita su propia clasificación: el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I)” (Averbach citado por Cazau 2006, 3).*

Esta primera edición evidencia el estado de la psiquiatría americana luego de la segunda guerra mundial, y en la cual mostró su imposibilidad frente a los cuadros agudos de traumatismos psíquicos de los soldados en el frente. Su principal influencia teórica se puede identificar en la obra de Adolf Meyer, a partir de una vinculación entre el psicoanálisis freudiano y una concepción psicobiologista en la cual la noción de reacción de la personalidad a factores psicológicos, sociales o biológicos es central, y más importante que las determinaciones genéticas, constitucionales o metabólicas.

Coddou caracteriza a esta primera versión del DSM como una respuesta *“tanto a influencias freudianas como meyerianas. No utilizaba criterios diagnósticos y la interpretación psicoanalítica le restaba aplicabilidad práctica”* (Coddou, 2001, 2). A pesar de estas limitaciones no es sino en 1968 cuando se publica el DSM-II con pocas variantes. A entender de Cazau: *“en esta nueva versión se eliminó el término ‘reacción’, originado en el punto de vista psicobiológico de Adolf Meyer según el cual, los trastornos mentales son ‘reacciones’ de la personalidad a factores biológicos, psicológicos y sociales”* (Coddou, 2006, 2).

Rendueles afirma que hasta la década de los setenta lo que caracterizaba a la psiquiatría era su acientificidad, la cual era el resultado de la atomización, es decir, la existencia de diversas *escuelas nacionales y tradiciones teóricas*, aun a pesar de la existencia de las versiones antes señaladas tanto del DSM (I-II) como del CIE (I- VIII).

En 1980 aparece el DSM-III (a la par del CIE-9) y para muchos autores esta versión introdujo importantes cambios metodológicos que posibilitaron superar las divergencias y homogeneizar los enfoques en torno a los desórdenes mentales. Es así como Rendueles afirma que *“esta diversidad (de enfoques) acabó de modo peculiar en 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) publicó la tercera edición de su Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) que se impuso en todo el mundo –España incluida– sin apenas discusión”* (2004, 43). Laurent argumenta en el mismo sentido al plantear que *“el primer objetivo del DSM III era tener un lenguaje común entre los investigadores y los clínicos que pregonan un ateorismo etiológico... tratando en vano de sostener la diferencia que existe entre un manual de clasificación epidemiológica, tal vez útil en la investigación, y un manual diagnóstico útil al clínico”* (2004, 1).

Para anular las confrontaciones entre distintas escuelas y lograr su unificación se puede hablar de factores de tipo exógeno y de tipo endógeno que contribuyeron para alcanzar tal objetivo. En relación con los factores exógenos, Coddou menciona

*“que la aparición del DSM III en 1980 marca la confluencia de una serie de eventos materializada en un enfoque diagnóstico y nosológico más objetivo, neutral, pragmático y eficaz que sus predecesores. Entre tales eventos se encuentran: el asentamiento de la era Psicofarmacológica, la disminución de la influencia del Psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana, el gran crecimiento de las neurociencias, y factores extrapsiquiátricos tales como la remedicalización de la psiquiatría, críticas de abogados, jueces y pacientes a la endeble nomenclatura”* (Coddou, 2001, 2).

En cuanto a los factores de tipo endógeno,

*“el DSM III eliminó las categorías diagnósticas que exigían pronunciarse entre distintos modelos (como las neurosis) o estaban socialmente mal vistas (como las perversiones) e introdujo aquellos malestares cuya gestión se demandaba socialmente (como los síndromes dependientes de la cultura). Además, ve-taba explícitamente la discusión sobre el sentido o las causas de la enfermedad mental”* (Rendueles, 2004, 43).

El veto impuesto con respecto a este último punto es de singular importancia ya que no considera, por mencionar un solo ejemplo, el valioso aporte de Szasz en torno a esta discusión (planteado en el capítulo anterior).

Por otro lado, Cazau afirma que para alcanzar este objetivo de unificación clasificatoria, el DSM III se fundamentó en “*criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que intentaba ser neutral respecto de las etiologías*” (2006, 3). Se constituyó en “*una guía pragmática para la práctica psiquiátrica que se autodefine como una clasificación ateórica y basada en la evidencia*” (Rendueles, 2004, 43). Coddou también comparte esta afirmación al señalar que “*la filosofía básica del DSM III intenta ser ateórica, y su enfoque es fenomenológico- descriptivo. Tiene una estructura categorial, caracterizando a cada trastorno como una entidad discreta e independiente. Un cambio que marcó la culminación del debilitamiento psicoanalítico fue la exclusión de las neurosis como entidades nosológicas. El DSM III consagró la vigencia del enfoque biopsicosocial de las enfermedades psiquiátricas*” (Coddou, 2001, 2).

A pesar de que con la definición e implementación del DSM III se cumplió en gran medida con el cometido de conformar un sistema clasificatorio que diera cuenta de las distintas tipologías de trastornos mentales o conductuales, aún así surgieron diversas críticas.<sup>20</sup> Entre los cuestionamientos más importantes se pueden indicar:

---

<sup>20</sup> Laurent resume las limitaciones y/o dificultades del DSM III en la siguiente cita: “*Las críticas se referían a la dificultad de obtener diagnósticos confiables y válidos independientes de las diferentes teorías psicopatológicas. La falta de consenso en el diagnóstico de las patologías mentales (mala fidelidad inter-juicio para los epidemiólogos) resulta de la diversidad de las doctrinas psiquiátricas y de un desacuerdo sobre las causas de las enfermedades. Parece que mientras la psiquiatría deje una parte mucho más importante al juicio personal de los psiquiatras, no podrá ser una auténtica disciplina médica. La construcción de un lenguaje común cualesquiera sean las orientaciones teóricas de los clínicos, aparece como la única solución para llegar a ello. Este lenguaje común apunta a la falla de obtener un consenso diagnóstico a partir de causas, de establecer un consenso sobre la noción de síndrome. A falta de consenso sobre las causas, la descripción fina del síndrome por medio de instrumentos ad hoc (informes de datos confiables con criterios diagnósticos y de escalas estandarizados), el clínico clasifica los síntomas, su duración y su intensidad para diagnosticar tal síndrome. Este nuevo consenso obtenido por la clasificación tiene como resultado dejar pensar que se trata de entidades naturales de las que un día se conocerá el disfuncionamiento biológico subyacente que las producen*” (Laurent, 2004, 1).

a.- Epistemológicos: Falta de definición de enfermedad mental, definición de trastornos *borderline* como categoría residual que contiene todos aquellos trastornos que no son referenciados ni como neurosis ni como psicosis, inconsistencia en las definiciones, regresión al monismo empirista, marcadamente inclusivo al no separar las enfermedades mentales de formas anormales de vida, falta de claridad en los criterios de clasificación, inflexibilidad en la evaluación terapéutica, etc.

b.- Metodológicos: La nueva orientación, o cambio paradigmático, no responde a un descubrimiento científico o revolución teórica, sino a un proceso de votaciones o consensos, principalmente de carácter político, entre los profesionales de la psiquiatría norteamericana.

c.- Técnicos: Como consecuencia de lo anterior, nula participación de otros profesionales de la salud mental, problemas de enfoque categorial, falta de validez, etc.

d.- Sociopolíticos: Descontextualización de los trastornos al pretender obviar la influencia de los aspectos situacionales en la aparición y significación de determinados trastornos.

Rendueles comparte este criterio al afirmar que el DSM III<sup>21</sup> respondió a las dificultades que atravesaba la psiquiatría en ese momento histórico al instrumentalizarse principalmente como

*“un instrumento administrativo, una clasificación gremial que intentaba equilibrar los intereses de la industria psicoterapéutica eludiendo denodadamente cualquier conflicto científico. Robert Spitzer –principal impulsor del DSM III– nunca ha ocultado que su propósito de superar el desastre del DSM II era de orden práctico. De un lado, la diversidad paradigmática que caracterizaba la psiquiatría impedía la actuación judicial o las segundas opiniones. De otro cuando se iniciaron los tra-*

21 La misma APA reconoce los errores del DSM III. “A pesar de que antes de adoptar los criterios de diagnóstico que recoge el DSM III se realizaron extensos estudios de campo, después de su publicación la experiencia ha demostrado, tal como se esperaba, que en muchos casos estos criterios no son totalmente claros, eran incoherentes entre las diversas categorías, o en algunos casos eran contradictorios” (APA citado por Read, 2006, 54).

*bajos preparatorios para editar el DSM III– un grupo de 550 psiquiatras evaluaron 12.000 historias clínicas– la institución psiquiátrica estaba siendo atacada desde diversos frentes”* (Rendueles, 2004, 46-47).

Pero más allá de estas dimensiones problemáticas intrínsecas que trató de resolver el DSM III en su intento clasificatorio, Rendueles también pone en evidencia el trasfondo político, conservador y hegemónico que representó tal propuesta. Es así como el DSM III

*“es la cabeza visible de una auténtica contrarrevolución psiquiátrica y no un mero movimiento teórico de retorno al modelo fenomenológico clásico al que se había opuesto la Antipsiquiatría... redefine las categorías de normal y anormal, se adentra en nuevos campos sociales... y propone un auténtico régimen político-terapéutico que no busca mejorar las condiciones de vida ciudadana sino reparar su salud mental. En última instancia, el sorprendente éxito del DSM III tiene que ver con la nueva función de la psiquiatría como proveedora de sentido en un contexto de individuos postmodernos que flotan a la deriva por los restos de una sociedad destruida por el mercado. Del mismo modo que cabía ver una conexión entre la lógica asilar y la disciplina social, existe una importante comunicación pragmática y conceptual entre algunas de las nuevas categorías psiquiátricas y el régimen económico y político de las sociedades contemporáneas”* (Rendueles, 2004, 48).

En conclusión, el DSM III logra cumplir un doble propósito: a nivel interno, pretende aportar el rasgo de científicidad a la ciencia psiquiátrica, logrando homogeneizar lo heterogéneo, mientras que a nivel externo (social) posibilita seguir cumpliendo la función de control social para este tipo de individuos (locos) en virtud de la crisis de la institución asilar y del psicoanálisis. Posteriormente, en 1987, surge el DSM III-R como consecuencia de las fuertes críticas y limitaciones que se han mencionado al DSM III en cuanto a una serie de inconsistencias en la clasificación, y un número de casos donde los criterios diseñados no eran del todo claros.



Para 1994 surge el DSM IV, el cual, según Cazau, *“se vio beneficiado por el importante aumento de la investigación en el diagnóstico generado por sus antecesores DSM-III y DSM-III-R. En particular, el DSM-IV tiene aún mayor utilidad clínica y mayor facilidad en su empleo porque se han simplificado y clarificado los tipos de criterios usados para clasificar, siempre y cuando hayan podido justificarse por los datos empíricos”* (Cazau, 2006, 3).

Coddou describe de una manera explícita la conformación de este nuevo Manual.

*“En pos de su uso de distintos profesionales y de diversas orientaciones, se realizó con un lenguaje claro, accesible y breve. Reconoce la heterogeneidad sintomática y clínica de los pacientes. Consta de 16 clases diagnósticas y 366 categorías diagnósticas. Cada trastorno tiene la siguiente estructura descriptiva: Criterios diagnósticos (características clínicas); Rasgos y trastornos asociados; Rasgos específicos relacionados con la edad, la cultura o el sexo; Prevalencia, incidencia y riesgo (información epidemiológica básica); Curso clínico; Complicaciones; Patrón familiar; Diagnóstico diferencial; Factores predisponentes. El DSM IV es un sistema categorial, es fonético, politético (un trastorno no necesita todos los criterios), prototípico y multiaxial (representación instrumental del criterio bio-psico-social). Los cinco ejes se mantienen desde 1980, siendo estos: Síndromes clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; Trastorno de la personalidad y retraso mental; Enfermedades médicas; Problemas psicosociales y ambientales y Funcionamiento global, siendo estos dos últimos modificados en el DSM IV. Este manual incluye recomendaciones explícitas en torno a su utilización en diferentes culturas, por la influencia de ésta en síntomas y curso clínico de ciertos trastornos. Las categorías fueron construidas en base a la clínica y su validación en estudios de campo”* (Coddou, 2001, 3).

Por otro lado, Cazau afirma que

*“cuando se confeccionó este DSM-IV se procuró establecer el mayor equilibrio posible con la tradición (representada por el*

*DSM-III y DSM-III-R), con las pruebas suministradas por la revisión de la literatura, los análisis de los datos no publicados, los resultados de los estudios de campo que se hicieron en el interin, y por el consenso sobre cada tema. Además, se procuró que el DSM-IV fuese lo más compatible posible con la CIE-10, con vistas a unificar algún día en una sola las diversas clasificaciones existentes” (Cazau, 2006, 3).*

A pesar de estos esfuerzos, el DSM IV seguía arrastrando serias limitaciones. Read afirma que *“en la revisión del texto DSM IV (APA 2000:13) no se realizó ningún cambio en los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia; en consecuencia, a principios del siglo XXI, el planteamiento tal y como lo utilizan los clínicos y los investigadores de todo el mundo, sigue siendo disyuntivo y, por lo tanto, carece de sentido desde el punto de vista científico”* (Read, 2006, 55).

Autores como Szasz afirman que las dificultades que se presentan en esta ciencia, y que se expresan a su vez en estos Manuales, son consecuencia de la falta de precisión en lo que respecta a la delimitación del objeto de estudio de la psiquiatría. Para fundamentar tal afirmación se remite al examen de uno de los conceptos iniciales de esa ciencia como lo es la histeria. Por otro lado, autores como Read, Mosher y Bentall plantean similares discrepancias con respecto a otro de sus conceptos básicos como lo es el de esquizofrenia. Si la Psiquiatría es una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, tanto la histeria (Charcot) como la esquizofrenia (Kraepelin y Bleuler) deberían cumplir este atributo de enfermedad mental.

Charcot reconocía las dificultades que se presentaban al tratar de identificar la histeria como enfermedad.

*“Una de las características más conspicuas de la historia psiquiátrica es que se diferencia por completo de la historia médica. La psiquiatría está a la zaga de la medicina en cuanto a la certidumbre de su tarea, su esfera de actividad y el método a aplicar. La medicina general, en el sentido restringido del término, nunca tuvo que preguntarse qué es la enfermedad. Siempre supo lo que es estar enfermo, ya que tanto el paciente como*

*el médico sabían qué era el dolor y otras formas de sufrimiento físico. La psiquiatría jamás tuvo un criterio tan claro acerca de la enfermedad” (Charcot citado por Szasz, 1994, 45).*

Szasz señala que

*“se eligió la histeria como ejemplo típico de enfermedad mental, y ella sirvió de punto de partida para nuestra investigación acerca de la naturaleza de la experiencia y la conducta personales: Charcot, Breuer, Freud y muchos de sus contemporáneos observaron que ciertas pautas de la conducta humana –o en términos más precisos, determinados modos de comunicación no verbal– se parecían a enfermedades neurológicas, pero diferían de estas en algunos aspectos cruciales. Por razones históricas y sociales, se definió y clasificó a los fenómenos en cuestión como miembros de la clase llamada “enfermedad”. Por consiguiente, la histeria como enfermedad cuasi-neurológica configuró el núcleo en torno del cual cristalizó, poco a poco, la vasta estructura de la psicopatología” (Szasz, 1994, 292).*

Pero esta *definición y clasificación* de la histeria como enfermedad respondió a la misma lógica que categorizaba a las restantes disciplinas médicas. Szasz caracteriza esa lógica como **la concepción reduccionista de la conducta personal**, característica del siglo XIX. Esta concepción

*“consideraba que toda conducta era un problema de fisiología nerviosa y muscular... Este punto de vista descansaba en la errónea creencia de que no había diferencias significativas entre los complejos ítems de conducta aprendida, por una parte, y las manifestaciones conductuales de defectos orgánicos, por la otra. Por lo tanto, todo funcionamiento defectuoso del organismo se veía, prima facie, como prueba de enfermedad... Ocurre a menudo que las enfermedades del sistema nervioso... se manifiestan primero mediante peculiaridades de la conducta personal. Esto explica que se cayera fácilmente en la tentación de inferir que el cerebro y la conducta mantienen una simple relación causal” (Szasz, 1994, 292-293).*

A pesar de fundamentarse en la lógica médica vigente, este enfoque (que posibilita la definición de la enfermedad ante la ausencia o determinación de alguna patología con la sola experiencia del médico) facilitó la aceptación de la histeria no como un descubrimiento científico, sino como una reforma social. En este sentido, la definición dada anteriormente sobre el objeto de estudio de la psiquiatría (enfermedades mentales) sería

*“inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal..., en la actualidad, la idea de que una persona “tiene una enfermedad mental” es nociva desde el punto de vista científico, pues ofrece apoyo profesional a una racionalización popular, consistente en creer que los problemas vivenciales experimentados y expresados en función de sentimientos o signos corporales... son significativamente similares a las enfermedades orgánicas. Socava, asimismo, el principio de responsabilidad personal –en el cual se basa, necesariamente, el sistema político democrático–, al atribuir a una fuente externa (es decir, a la enfermedad) la culpa por la conducta antisocial” (Szasz, 1994, 294).*

Por su parte Read, Mosher y Bentall plantean esta discusión en términos similares con respecto al concepto de esquizofrenia al cuestionar su fiabilidad y validez, dos requisitos imprescindibles para conformarse en tanto conocimiento científico.

En lo que respecta a la fiabilidad del concepto, ya en 1922 se ponía en entredicho esta condición. Según el manual *Mental Diseases* “(Los diagnósticos psiquiátricos) no tienen ningún valor en lo que al conocimiento de la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento se refiere. Prácticamente el único aspecto en el que todos los autores de nuestros manuales están de acuerdo es en que no existe un principio fundamental a partir del cual se pueda establecer una clasificación satisfactoria” (citado por Read, 2006, 51). Situación ésta que se repite no solo a nivel conceptual, sino también práctico.

*“Utilizar técnicas que no se han validado con suficiente precisión, si es que se han validado, para clasificar a los pacientes*

*en categorías psiquiátricas que todas las personas implicadas reconocen que son inadecuadas, es un proceso rutinario que, con toda seguridad, nos continuará haciendo avanzar en círculos... La taxonomía psiquiátrica que los psicólogos se han visto obligados a adoptar es tan inadecuada, incluso desde el punto de vista de la psiquiatría, que no existe ningún parche que lo pueda apedazar”* (Roe citado por Read, 2006, 52).

A pesar de la existencia de estudios posteriores que intentaron poner al descubierto el acuerdo de teorías y prácticas comunes con respecto a la esquizofrenia, se demostró la existencia de distintos sesgos (observaciones parciales, número reducido de categorías, participantes entrenados, etc.) que ponían en entredicho los resultados obtenidos.

En virtud de este fracaso se optó por otra vía, como lo fue la redefinición del concepto de la esquizofrenia. Iniciándose el concepto con Kraepelin, Bleuer lo redefine y este proceso ha sido continuo a lo largo de todo el siglo XX, incluyendo las versiones oficiales que se concretizaron en los llamados DSM, sin llegar a un mínimo acuerdo. En 1968, Don Bannister llegó a la conclusión de que *“la esquizofrenia es un concepto, un Titanic semántico condenado al fracaso antes de zarpar; un concepto tan difuso que no puede ser utilizado en un contexto científico”* (Bannister citado por Read, 2006, 54). En 1996, James comparte este mismo criterio al afirmar que la esquizofrenia es *“un planteamiento nosológico que no es científico ni demostrable, y que ha sobrevivido a su utilidad en el léxico de la psiquiatría moderna”* (James citado por Read, 2006, 55). Esta cualidad difusa y anticientífica se fundamenta principalmente en el carácter disyuntivo con el cual se categoriza la esquizofrenia tanto a nivel clínico como investigativo, situación esta que se mantiene vigente hoy en día, inclusive en el DSM IV.

En cuanto a la validez del concepto, la cual está fuertemente determinada por su propia fiabilidad que ya ha sido cuestionada, ésta permitiría precisar su utilidad para comprender si una enfermedad en especial se llama esquizofrenia. Para ello debería cumplir los siguientes parámetros:

a.- Un conjunto de síntomas que se den conjuntamente y que no se manifiesten en otras enfermedades mentales: Este parámetro nunca se ha

establecido. En 1952, Guertin, utilizando el análisis de factores, determinó que no encontró *“ningún indicio de un grupo de factores que pudieran considerarse esquizofrenia”* (Guertin citado por Read, 2006, 57). En 1973, la OMS en un estudio comparativo concluyó que *“los conjuntos de síntomas definen grupos distintos y más homogéneos que los diagnósticos clínicos... los pacientes a los que se ha diagnosticado esquizofrenia se encuentran distribuidos en todos los conjuntos. No se ha obtenido un único **perfil de esquizofrénico**”* (citado por Read, 2006, 57). En otras palabras, se da una comorbilidad, es decir, una patología en la cual los síntomas de otros trastornos se dan en los pacientes esquizofrénicos y los síntomas de la esquizofrenia se presentan en otros pacientes.

b.- Unas consecuencias previsibles: Según Read, *“no existe ninguna prueba que demuestre que las personas a las que se les ha diagnosticado esquizofrenia presenten una misma prognosis”* (Read, 2006, 58). Ya Bleur admitía en 1911 que *“resulta imposible describir todas las variantes que se pueden producir en el curso de la esquizofrenia”* (Bleur citado por Read, 2006, 58). Todos los estudios en este sentido demuestran dos conclusiones: existe una gran variedad de resultados y muchas de las personas se recuperan. Por lo tanto, el diagnóstico de esta enfermedad no tiene validez predictiva.

c.- Una causa biológica: Esta suposición se fundamenta en tres supuestos:

c.1.- Uniformidad de frecuencia en la aparición de la enfermedad en distintos países al igual que lo que sucede con las enfermedades clínicas, lo que evidenciaría la nula injerencia de los factores culturales y del entorno. Pero de hecho, muchas enfermedades clínicas no presentan una uniformidad de ocurrencia (diabetes, esclerosis múltiple, etc.). A su vez, *“no existe una base científica que permita demostrar que se puede encontrar los mismos porcentajes de una enfermedad llamada esquizofrenia en todas las poblaciones”* (Read, 2006, 69). Una concepción de este tipo enmascara una gran variedad de conductas anormales así como también descarta las diferencias resultantes de grupos étnicos o variables socioeconómicas.

c.2.- Conformación orgánica del cerebro partiendo de la idea según la cual los cerebros esquizofrénicos son distintos a los normales, tanto en lo que respecta a su bioquímica como a su anatomía. En los estudios en los

que se evaluó el efecto de la dopamina (neurotransmisor) en el tratamiento de la esquizofrenia han llegado a conclusiones poco alentadoras. *“Los hallazgos acerca de la dopamina y de otros neurotransmisores, así como de las enzimas que participan en la síntesis y la degradación de los neurotransmisores, son poco confiables”* (Dean citado por Read, 2006, 74). En cuanto a las diferencias anatómicas un trabajo acerca de diversos estudios al respecto mostró que *“no había encontrado ninguna diferencia entre los esquizofrénicos y los patrones de control”* (Read, 2006, 75); igualmente un estudio sobre tomografías computarizadas reveló *“una superposición considerable (aproximadamente del 60%) de la población esquizofrénica sobre la población de control”* (Copolov y Crook citado por Read, 2006, 75). En lo atinente a las posibles diferencias cerebrales, con todo lo discutible y multifactorial de cualquier comparación, dada la individualidad de cada cerebro, la única evidencia es que los daños cerebrales y neurológicos son consecuencia del uso de neurolépticos y electrochoques.

c.3.- Predisposición genética que se fundamenta en los estudios realizados en familias, gemelos e individuos adoptados para tratar de encontrar alguna condición común que sea transmisible. A pesar de la existencia de una cantidad significativa de estudios en esta orientación, una revisión exhaustiva de sus supuestos teórico-metodológicos evidencia una serie de cuestionamientos que ponen en duda sus resultados. Con respecto a los estudios sobre gemelos, Read menciona por lo menos ocho problemas metodológicos haciendo especial énfasis en *el supuesto de un mismo entorno* entre los distintos tipos de gemelos (monocigóticos y dicigóticos). A su vez, Read argumenta por lo menos 11 ítems en algunas investigaciones sobre individuos adoptados que cuestionan su validez. En atención a estos cuestionamientos, Read afirma que la supervivencia de estas *teorías genéticas* responde más bien a *“el deseo de las élites sociales y políticas de situar las causas de las angustias psicológicas en las mentes y los cuerpos de las personas, en oposición a sus entornos sociales”* (Read, 2006, 96).

En síntesis, y luego de haber evaluado estos tres aspectos, se puede llegar a la misma conclusión de Charcot, Kraepelin y Bleuler, los padres de la psiquiatría moderna: no existe ninguna prueba contundente que correlacione la esquizofrenia o cualquier otro trastorno conductual únicamente con una causa biológica.

d.- Respuesta a tratamientos médicos: Los tratamientos médicos *más utilizados* para este tipo de enfermedades han sido la Terapia Electroconvulsiva (TEC) y los fármacos (sin desconocer otros tratamientos como la terapia de grupos, etc., pero que no han sido implementados de una manera extensiva). Este último punto merece una especial consideración por lo que se tratará posteriormente. El uso de la TEC se remonta a 1938 en Italia cuando Ugo Cerletti lo implementa como uno de los “*intentos de cualquier tipo, de los más crueles a los más extraños, por causar una importante reorganización en la economía del cerebro de los enfermos mentales*” (Cerletti citado por Read, 2006, 104). *Este método* surgió de observaciones realizadas al proceso de matanza de los cerdos. Desde sus inicios hasta la fecha, los beneficios obtenidos en comparación con los riesgos que implica su utilización en los pacientes son bastante cuestionables. Pérdida de memoria durante y después del tratamiento, propensión al suicidio, “*una compleja variedad de respuestas emocionales, que incluyen el sentimiento de humillación, la docilidad exagerada, el fracaso, el menosprecio, la traición, la falta de confianza, la degradación y la sensación de que se ha abusado de ellos y se les ha agredido*” (Johnstone citado por Read, 2006, 116) e incluso el riesgo, muy escaso, de muerte no se contraponen a los muy pocos beneficios obtenidos; esta situación ha posibilitado la puesta en discusión de su uso por cuestiones éticas y/o legales y que ha llevado a su decrecimiento en el ámbito internacional.

En virtud de los razonamientos precedentes, y recapitulando sobre el análisis de los DSM, se puede llegar a inferir que los cambios en su conformación interna no solo han pretendido superar (según algunos autores sin alcanzarlo) las limitaciones en cuanto a la teoría y la práctica psiquiátrica planteadas anteriormente, sino que también persiguen otros objetivos, como lo sería ampliar el rango de influencia, ya iniciado con el Psicoanálisis, para acrecentar los mecanismos del control social por distintas vías.

En primer lugar, se incorporan nuevos ámbitos sociales o territorios de actuación que trasladan el área de influencia de la psiquiatría a las escuelas, la fábrica, los juzgados, etc. En segundo lugar, se ha ampliado de una manera considerable el número de las patologías que hacen posible no solo caracterizar los trastornos mentales y/o conductuales sino incluso conductas de tipo laboral (*mobbing*). Estas dos tendencias se habían inau-



gurado con el psicoanálisis y adquieren un reforzamiento. En palabras de Fendrik “*establecer el límite entre normal y anormal mediante el DSM es cada vez más difícil... el DSM-IV viene a psiquiatrizar la psicopatología de la vida cotidiana: toda conducta más o menos extraña puede ser definida –y medicada– como un trastorno*” (Fendrik, 2006, 1). En tercer lugar, traslada a distintos *técnicos del saber práctico* (Basaglia), como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas de la rehabilitación, consejeros y otros profesionales de la salud y de la salud mental, etc., la potestad y la competencia para actuar sobre una misma área del conocimiento como lo es la locura y que anteriormente solo era ejercida por los psiquiatras, incorporando una mayor cantidad de profesionales como garantes de las funciones subalternas de la hegemonía social (consenso espontáneo) y del gobierno político (coerción estatal). En cuarto lugar, la fundamentación de la práctica científica tiene como único requisito el irrestricto apego a lo establecido en el manual. La descripción del síntoma es fáctica, recogida por un observador objetivo. El diagnóstico determina una terapia estandarizada del síntoma o del síndrome. En suma, se trata de ser experto en una descripción de la superficie codificada del comportamiento humano y la estrategia de un lazo cada vez más directo entre diagnóstico de esta superficie y tipo de medicación. El fracaso terapéutico se explica por un error, ya sea en la precisión de la clasificación o en la de la elección de la medicación. Ahora, la nueva psiquiatría propugnada por el DSM, evidentemente descriptiva, va a posibilitar la realización de diagnósticos por distintos tipos de profesionales. A su vez, la investigación epidemiológica es más factible en detrimento del aspecto científico, al posibilitar la observación y la toma de informaciones diagnósticas por investigadores no especializados.

En cuanto a la segunda instancia de esta medicalización de la vida cotidiana como lo es la introducción y prescripción de los psicofármacos para el tratamiento de la locura, se puede afirmar que ocupan un lugar dominante en la práctica médica (de allí en parte la necesidad de estudiarlo por separado) y además convalidan el presupuesto (bastante cuestionado por diversos autores) de las teorías biomédicas sobre el origen de esta enfermedad.

El avance de la medicina en distintas ramas durante el siglo XIX había sido importante, a excepción de la psiquiatría. En 1822, Bayle había

establecido una vinculación entre la “demencia paralítica” y los daños en el cerebro (posteriormente se descubriría que la causa real era la sífilis) lo que posibilitó afirmar la incidencia de una causa fisiológica para determinados tipos de locura y motivó la investigación para fundamentar otras correlaciones similares.

Los primeros intentos de tratamiento farmacológico de la locura se pueden localizar en los estudios de Emil Kraepelin y Eugen Bleur, considerados los padres de la psiquiatría moderna. Su uso inicial apuntaba más a modificar las conductas inaceptables de los pacientes para hacerlos más manejables (sedantes) que en términos de un tratamiento médico cuyo último fin es la cura de una enfermedad. Medicamentos tales como la nioscina, sulfonal, trienal, veronal, apomorfina, etc., son algunos de los primeros fármacos utilizados para cumplir esta función tranquilizadora. Bleur afirmaba ya en 1911 que *“no conocemos ningún método para curar esta enfermedad (la esquizofrenia), ni tan siquiera para detener su progresión”*... *“no existe un tratamiento farmacológico para la esquizofrenia”* (Bleur citado por Read, 2006, 39).

El primer neuroléptico, denominado Clorpromazina, aparece a principios de la década de los años 50 y es en 1955 cuando recibe la aprobación de la *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos de América para su uso en el caso de la esquizofrenia y de otras llamadas enfermedades mentales a nivel de los hospitales psiquiátricos. En 1956, la Empresa Smith, Klein and French lanza al mercado este neuroléptico bajo el nombre comercial de Thorazine y fija una estrategia comercial fundamentada en las relaciones públicas en la cual el papel de los visitantes médicos es esencial. Durante el primer año, tal estrategia le permitió obtener la suma de *“75 millones de dólares con este fármaco”* (Healy citado por Read, 2006, 141).

A partir de este momento, las posteriores introducciones de fármacos en el mercado psiquiátrico se incrementaron progresivamente siguiendo el mismo camino y permitieron reforzar la cuestionable idea de los supuestos beneficios de este tipo de tratamiento y desvalorizaron sus efectos adversos. De hecho, durante *“el primer año que se administró la clorpromazina en casos de esquizofrenia, se administró a 2.000.000 de estadounidenses”*

(Johnstone citado por Read, 2006, 124). Menos de 20 años después, en 1970, “250.000.000 de personas los habían tomado en el mundo” (Jeste y Wyatt citado por Read, 2006, 124). Todo esto tutelado por las grandes industrias farmacéuticas o *Big Pharma*. A partir de los años noventa, surgen los denominados “antipsicóticos atípicos” tales como risperidona, olanzapina, sertindol y quetiapina, cuya motivación fundamental fue la de contrarrestar los cuantiosos y severos efectos adversos generados por la primera oleada de antipsicóticos así como también la falta de eficacia en los tratamientos.

A finales de 2001 “en Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos la cifra de prescripción de antipsicóticos fue aproximadamente de 43 millones” (IMS citado por Read, 2006, 124).<sup>22</sup>

Las razones de este incremento progresivo las centra Read en dos aspectos: la existencia de algunos “mitos” con respecto a la aplicación y beneficios de los psicofármacos, y la estrategia de marketing impulsada a todos los niveles por la industria farmacéutica para publicitar sus productos.

En lo atinente al primer aspecto, el papel de los “mitos”, se mencionan algunos de ellos para demostrar su falta de cientificidad:

a.- Los antipsicóticos sólo se prescriben a un número reducido de personas, casi todas psicóticas: El número de pacientes a los que se les prescribe este tratamiento es cada vez mayor, tal como lo indican las cifras anteriores, incorporando a las personas ancianas y a los niños y adolescentes, tratando de enfrentar una variedad muy extensa de trastornos, aun en casos no especificados.

22 Otras cifras presentadas por Read evidencian la influencia y expansión de la industria farmacéutica en el tratamiento de las *enfermedades mentales* en los tiempos actuales:

- a.- Entre 1993 y 2001 los gastos en fármacos de prescripción en Estados Unidos se triplicaron, pasando de 50.000 millones a 150.000 millones (Szegely-Marzak).
- b.- El precio de los fármacos de prescripción en los últimos tres años ha aumentado en un 17%, mientras la inflación se ha mantenido en un 2 y 3% (Public Citizen, 2001).
- c.- En el año 2000, las ventas de psicofármacos en Estados Unidos fue de 23.000 millones de dólares y se espera que en el 2005 asciendan a 42.000 millones de dólares.
- d.- Entre 1990 y 2000 los gastos en fármacos antidepresivos se incrementaron en un 800% (Tanouye, 2001).
- e.- En 1992, 50.000 pacientes ambulatorios consumían fármacos antipsicóticos y para 2002 la cifra alcanzó la cantidad de 530.000 pacientes (Thomas, 2002).

b.- Los antipsicóticos hacen posible la existencia de servicios públicos de atención a ancianos y a discapacitados físicos y mentales: En primer lugar, este tipo de servicios aparecieron antes que los psicofármacos. En segundo lugar, la eficacia de los psicofármacos que posibilitaría la reducción de su estadía o no hospitalización de estos pacientes no se ha podido comprobar pero sí se han demostrado efectos contrarios (incrementos en su estadía o en el número de camas).

c.- Los antipsicóticos son más eficaces que el placebo: Tanto en lo que respecta a los efectos de los antipsicóticos convencionales como a los antipsicóticos atípicos en contraposición al placebo, las cifras de las recaídas de los pacientes no presentan variaciones significativas llegando en algunos casos a ser efectivo este último.

d.- Los efectos terapéuticos compensan los efectos adversos: Con los antipsicóticos convencionales los efectos secundarios son numerosos tanto anticolinérgicos (sequedad de la boca, taquicardia, aumento de peso, estreñimiento, dificultades urinarias y delirios) como extrapiramidales (acatisia, temblores, rigidez, distonía, crisis oculogíras y discinesia tardía) algunos con efectos irreversibles. Los antipsicóticos atípicos presentan un riesgo de efectos extrapiramidales más bajo, pero conllevan una mayor propensión a la diabetes y a la glucosa, mayor obesidad, hipertensión, trastornos cardiovasculares, hiperlipidemia, etc. Mención especial merecen los efectos de disforia neuroléptica y disfunción sexual que pueden producir ambos tipos de fármacos así como también el incremento significativo de los riesgos de muerte por paro cardíaco. En síntesis, la relación coste-beneficio de todos los fármacos neurolépticos es negativa o cuando mucho equitativa, caracterizada principalmente por la sobremedicación y la dependencia.

En cuanto al segundo aspecto, la estrategia de marketing de las *Big Pharma*, Read enfatiza los siguientes elementos:

a.- Proceso de aprobación: En el caso de Estados Unidos como en la mayoría de los países de Europa Occidental, existe un organismo regulador de fármacos (FDA en los Estados Unidos). Según cifras del *USA Today* (2000), entre enero de 1998 y 30 de junio de 2000 se realizaron 159 reuniones del comité consultivo de la FDA, en las cuales hubo conflictos de intereses económicos en un 92% de éstas con al menos uno de los con-

sultores y en un 55% con la mitad de los consultores. Además, las tasas que pagan las empresas farmacéuticas constituyen una parte importante de su presupuesto.

b.- Campañas de ventas: Contactos periódicos de los visitantes médicos a los doctores; patrocinio de simposios nacionales e internacionales con participación de conferencistas comprometidos; foros educativos para el gobierno, instituciones académicas y público en general; publicación de estudios selectivos; aval de instituciones diversas financiadas en parte por la industria; despliegue publicitario avalado por expertos o celebridades; artículos difundidos por agencias publicitarias; aportaciones sustanciales en campañas políticas, organismos legislativos y gubernamentales; presiones para inclusiones en los Vademécum para que puedan ser cubiertos por los servicios de atención médica pública; financiación de revistas; creación de pool de críticos para refutar las objeciones; financiamiento a grupos de presión o lobby; etc.

c.- Campañas promocionales: Opiniones favorables de expertos en el tema en los distintos medios de comunicación; ayuda a investigaciones para promover la intervención temprana en la etapa prepsicótica y evitar el deterioro del cerebro; subvención de campañas antiestigma siempre y cuando se estuviese medicado; subsidio de campañas para resaltar la alta peligrosidad de los pacientes esquizofrénicos no tratados; etc.

Toda esta estrategia de marketing ha posibilitado un cambio sustancial en el diseño de las enfermedades. Así pues, conceptos difusos sin verificación orgánica como la esquizofrenia o la histeria (en términos generales, la enfermedad mental) son utilizados para explicar y medicalizar una gran variedad de conductas asociales. Como afirma Moynihan *“las empresas farmacéuticas están implicadas, de forma activa, en el patrocinio de la definición de las enfermedades y en su promoción tanto entre los prescriptores como entre los consumidores. El diseño social de las enfermedades está siendo sustituido por el diseño empresarial de las enfermedades”* (Moynihan citado por Read, 2006, 145-146). Y las *Big Pharma*, y no los ciudadanos, están a la cabeza de este cambio.

## **La Declaración de Caracas y el psiquiatra venezolano del siglo XXI**

**Venezuela no escapa a esta lógica de colectivización del trastorno y de medicalización de la vida cotidiana.** En 1990, la Conferencia sobre

la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), promulga la Declaración de Caracas cuyo norte es la necesidad de la reestructuración de la atención psiquiátrica a partir de la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios proponiendo como alternativa la Atención Primaria de la Salud y el fortalecimiento de los Sistemas Locales adoptados por los países miembros.

Dicha Declaración parte de un diagnóstico que recoge la situación de la atención al enfermo mental:

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

a) Aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,

b) Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,

c) Requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,

d) Impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

La importancia de un diagnóstico de este tipo, radicaba, en primer lugar, en que desarticula el carácter predominante de la versión orgánica sobre este trastorno al incorporarle dimensiones psico-sociales; en segundo lugar, rescataba la consideración de la voluntariedad del tratamiento cuando valoriza los derechos humanos y civiles; en tercer lugar, planteaba la necesidad de priorizar la educación y lo preventivo por encima de lo curativo, afectando lo que se ha denominado *la medicalización farmacológica exclusiva del trastorno*; y en cuarto lugar, como se señaló anterior-

mente, la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales (Basaglia) en contraposición a la primacía del hospital psiquiátrico, etc. En muchos sentidos, esta Declaración de Caracas recogía numerosos planteamientos hechos desde diversas posturas críticas, inclusive desde la perspectiva antipsiquiátrica, pero hasta hoy en día no se ha podido implementar. Solamente se ha quedado en una simple declaración de buenas intenciones.

La Dra. Lilia Meléndez, en una propuesta realizada a principios de este siglo denominada *“El Psiquiatra del Siglo XXI”* retoma algunos de estos supuestos y resalta la necesidad del profesional psiquiátrico de adaptarse a los *“cambios de paradigma”* cuyo nueva orientación debe estar *“lejos de la tradicional formación clínica individual, abarcará métodos contemporáneos de diagnóstico y terapia, y nuevos conceptos derivados de la Psiquiatría biológica (neurotransmisión, neuroimagenología, etc.), con razonable equilibrio entre los ejes biológico, psicológico, social y heurístico”* (Meléndez, 2004, 1).

En este sentido, su planteamiento se puede resumir de la siguiente manera:

a.- Trasladar el centro de atención del diagnóstico del trastorno, para lo cual ya dispone de distintos sistemas de clasificación válidos internacionalmente, como son el Manual Diagnóstico y Estadístico y la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedad, hacia los efectos en la conducta terapéutica y el pronóstico. Esto refuerza la primacía de estos sistemas clasificatorios y sobre todo el papel hegemónico de los DSM.

b.- Enfatizar los tratamientos en hospitales generales, en centros ambulatorios de salud y en la propia comunidad, en contraposición a la psiquiatría asilar.

c.- Realizar prevención a nivel de atención primaria.

d.- Limitar la participación de los médicos familiares en el tratamiento de estas patologías, dadas las limitaciones en el manejo de ansiolíticos y terapias de abordaje breve.

e.- Enfatizar el papel del psiquiatra como educador en la comunidad.

f.- La formación profesional debe responder a un equilibrio entre los ejes psicológico, biológico y social, dentro un marco referencial comunitario.

g.- Con base en esa formación, desempeñar un papel axial en las decisiones comunitarias, aun cuando la afectación exceda la perspectiva del propio sector salud.

h.- Luchar contra el concepto de estigma que prevalece en el ámbito social y profesional.

i.- Estimular el interés por el estudio de la persona normal, con sus tensores y conflictos.

j.- La posibilidad de que los psicofármacos sean usados con fines preventivos; por ejemplo, en el caso de parturientas con antecedentes de psicosis puerperal o en sujetos sometidos a estrés grave que evidentemente van a tener cambios neuropsicoinmunológicos.

k.- Evaluar al momento del diagnóstico “la circunstancia psicosocial del paciente” (Meléndez, 2004, 4).

l.- Además, también debe considerar para su diagnóstico y tratamiento

*“los notables avances de la Psiquiatría Biológica y las Neurociencias, entre cuyos objetivos está el vincular los hallazgos de la Neuroanatomía Funcional y la Neuroquímica Molecular para definir las bases científicas de las funciones mentales, y de la Genética, para identificar los genes mutantes vinculados a riesgo de padecer patología mental. Las imágenes cerebrales, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía por emisión de fotón único (SPECT), y otras exploraciones neuropsiquiátricas como el flujo sanguíneo regional cerebral, la electroencefalografía y las técnicas avanzadas de neuroimagenología, han generado perspectivas contemporáneas extraordinarias (De la Fuente Muñiz, 1997; Gaviria Vilches y Téllez Vargas, 1995; Purves y cols, 2001). Es probable que la imagenología funcional llegue a producir un nuevo paradigma de la organización cerebral. (Litt. 1996)” (Meléndez, 2004, 3).*



Con respecto a las formas para enfrentar estas patologías, reivindica el papel dominante de las propuestas farmacológicas llamando la atención sobre el papel que juegan las *Big Pharma*. Nucette afirma que

*“para esta centuria será un gran desarrollo de las terapias biológicas, debido a la disponibilidad de eficaces y específicas medicaciones especialmente en el área de los trastornos depresivos, con los antidepresivos tradicionales y con los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), que tienen una cobertura muy amplia pues pueden ser aplicados a los trastornos obsesivocompulsivos y somatomorfos con resultados adecuados, en trastornos distímicos y en trastornos menores del humor; entidades generalmente bajo la atención de psicoterapeutas. Otro avance importante es el de los antipsicóticos atípicos que tienen pocos efectos secundarios y algunos actúan de manera extraordinaria en los síntomas negativos de la esquizofrenia... Es posible que los avances en computación y biología molecular (técnicas para caracterizar los receptores) propicie el desarrollo de drogas. También es probable la aparición de receptores de drogas contemporáneas: trasplantes de elementos cerebrales, introducción de fragmentos genéticos psicoactivos dentro de células adultas y la innovación de vías de medicación”* (Meléndez, 2004, 3).

Esto es posible en virtud de los grandes avances en el campo de la Neuropsicofarmacología, los cuales resume de la siguiente manera:

- a.- La asociación de los psicofármacos a la medicación utilizada en Neurología (antiepilépticos como el valproato de sodio, el divalproato sódico y la carbamacepina).
- b.- El uso de psicoestimulantes.
- c.- El surgimiento de un arsenal de potentes drogas antidepresivas, con un menor número de efectos secundarios, incluso para determinados subtipos de receptores.

Con respecto a otras posibles formas de tratamiento como la psicoterapia y el psicoanálisis, la Dra. Meléndez reconoce la efectividad alcanzada

por estos recursos terapéuticos, pero también argumenta sobre sus limitaciones de tipo económico (relación costo-beneficio) y procedimental (diversidad de terapeutas y terapias, poco número de usuarios, sesiones numerosas, relaciones de contratransferencia, etc.). Finalmente, también considera necesaria la utilización de las nuevas tecnologías asociadas a la cibernética a fin de expandir el campo de acción de la actividad psiquiátrica.

A los nuevos problemas o patologías a los que deberá enfrentarse el psiquiatra del siglo XXI los clasifica de la siguiente manera:

a.- Psiquiátricos: Trastornos depresivos y de la personalidad; los trastornos obsesivos y los ataques de pánico; cambios en el curso de patologías tradicionales como la esquizofrenia; aumento en los casos de alcoholismo y la farmacodependencia, trastornos neuropsiquiátricos derivados de la infección por el VIH y se incrementarán los índices de los problemas ya existentes vinculados con la violencia y la delincuencia.

b.- Neurológicos: Incremento en la patología demencial como el mal de Alzheimer y las asociadas con accidentes cerebro-vasculares por falta de control de la hipertensión arterial, la epilepsia y el retardo mental, relacionadas con la inadecuada atención materno-infantil.

c.- Psicosociales: Problemas asociados a los incrementos en los niveles de pobreza y desempleo, a las migraciones del campo a las grandes metrópolis y los efectos que se producen por una inadecuada planificación urbanística (falta de vivienda, mala o escasa dotación de servicios públicos, analfabetismo, desnutrición, etc.) así como a la desarticulación del grupo familiar.

Esta postura de la Dra. Meléndez recoge a grandes líneas los horizontes actuales del orden psiquiátrico en Venezuela en lo que respecta a su dimensión científica.

En este mismo orden de ideas, a principios de noviembre de 2008 se realizaron en la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, las XIX Jornadas Nacionales de Psiquiatría bajo el tema central de *“La Salud Mental en Tiempo de Crisis”* convocada como parte de la programación de eventos académicos de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría. En sus palabras de bienvenida resaltan que se hace necesaria la discusión de esta temática

**“motivados por la actual situación de crisis económica que vivimos y que ha tenido como consecuencia una profundización de los problemas sociales y ambientales del planeta y la subsiguiente degradación de la calidad de vida de los humanos que lo habitamos”** (Las negritas son nuestras)

A su vez, como consecuencia de esta situación en lo que respecta a la Psiquiatría se observa que *“la crónica asistencia deficitaria se ha agigantado y la morbilidad de varias patologías, como los trastornos por ansiedad y los trastornos depresivos, han tenido un repunte significativo no cuantificado en los últimos años”* (Palabras de Bienvenida).

En estas Jornadas, organizadas bajo el esquema de Conferencias, Symposium y Talleres, se discutieron los siguientes temas:

### **Conferencias:**

- a.- Salud Mental en tiempos de crisis: incertidumbre y estrés.
- b.- Genómica en Psiquiatría.
- c.- El lugar de la Píldora: Diálogos entre Neurociencias y Psicoanálisis.
- d.- El Psiquiatra en Tiempo de Crisis.
- e.- Tabaquismo y su relación con otras enfermedades mentales.
- f.- Desventafaxina: Farmacología Básica y Clínica de la Nueva Molécula para el tratamiento de la Depresión.
- g.- La conducta suicida: Controversias.
- h.- ¿Existe un tratamiento ideal para cada tipo de insomnio?
- i.- Consideraciones éticas y legales acerca del Suicidio Asistido.
- j.- Síndrome del Burn Out en Personal de Salud.
- k.- Alcoholismo y Reinserción Social.

### **Symposium:**

- a.- Psicosis Única Revisitada: de la Nosotaxia a la Nosología:
  - Psicosis única en la actualidad.

- Fundamentos Neurobiológicos comunes de las Psicosis.
  - El Espectro Psicótico.
  - Las Alucinaciones y el Delirio como representaciones anan-cásticas.
- b.- Trastornos Cardiovasculares. Aproximación Integral:
- Depresión y Enfermedad Cardiovascular.
  - Intercurrencia de los Trastornos Mentales y Síndrome Coro-nario Agudo. (Resultados de una Investigación).
- c.- Violencia y situación política:
- Historia de la Violencia.
  - Neurobiología de la Violencia.
  - Violencia en la Clínica Psiquiátrica.
  - La actual situación política y la Salud Mental.
- d.- Pareja y Violencia:
- Género y Pareja: Aspectos Psicodinámicos.
  - Violencia en la Pareja.
  - Amor y Desamor en la Pareja.
- e.- Enfermedad Resistente y Enfermedad Refractaria: Diagnóstico y Manejo:
- Diagnóstico: Algoritmo y Protocolo propuesto para TOC y Depresión.
  - Tratamiento No Farmacológico.
  - Neuromodulación: Estimulación Magnética Transcraneana, TEC, Estimulador del Nervio Vago.
  - Psicocirugía: Estimulación Eléctrica Profunda y Técnicas Ablativas.

- f.- La Apatía: un trastorno afectivo que requiere interés:
  - La Apatía en la Juventud como un fenómeno fisiológico.
  - La Apatía, aspectos clínicos en el adulto.
- g.- Quetiapina XR: Un Nuevo Horizonte en la Psiquiatría.
  - Aspectos Farmacológicos de Quetiapina XR.
  - Conociendo Quetiapina XR: Basado en la evidencia clínica.

### **Talleres:**

- a.- Herramientas para la Detección temprana de las Demencias.
- b.- Alternativas para la Violencia y Trastornos Disociales del Niño y Adolescente.
- c.- Hipnosis: Aplicaciones Clínicas.

Es importante destacar que dichas Jornadas fueron patrocinadas por las industrias farmacéuticas más importantes del país, entre las cuales destacan grandes empresas trasnacionales (*Big Pharma*):

- a.- Laboratorios Abbott.
- b.- Laboratorios Astra Zeneca.
- c.- Laboratorios Dollder.
- d.- Laboratorios Eli Lilly de Venezuela.
- e.- Laboratorios Giempi.
- f.- Laboratorios Leti.
- g.- Laboratorios Nolver.
- h.- Laboratorios Novartis.
- i.- Laboratorios Janssen-Cilag.
- j.- Laboratorios Roemmers.
- k.- Laboratorios Pfizer.
- l.- Laboratorios Servier.
- m.- Laboratorios Wyeth.

## La locura de la Venezuela actual en cifras y la visión revolucionaria

Otro aspecto importante a considerar en la actualidad con respecto al orden psiquiátrico lo constituye **el papel del Estado**. En el caso de Venezuela, el Gobierno Nacional fija las pautas de las políticas públicas en el área psiquiátrica a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) que tiene como organismo ejecutor a la Dirección General de Programas de Salud y específicamente a través del Programa de Salud Mental.

Este Programa de Salud Mental parte de las siguientes consideraciones a fin de justificar su actuación. En primer lugar, el incremento constante en cuanto a las necesidades de atención en salud mental requiere la implementación de programas de intervención creativa y científicamente probada, y que además gocen de voluntad política y consenso social. En segundo lugar, el tratamiento de cualquier padecimiento debe considerar el entorno donde se desarrolla el individuo, propiciando su reinserción social. En tercer lugar, se hace necesaria la reestructuración del sistema de servicios de atención en salud mental, dado que a la fecha han demostrado sus limitaciones, a fin de enfrentar los diversos problemas que existen en este ámbito. En cuarto lugar, se deben crear las condiciones que favorezcan la integración social del paciente a partir de optimizar los servicios que se prestan en la red de prevención, hospitalización, rehabilitación y reinserción social. En quinto lugar, se debe considerar el estado actual de deterioro que presentan los centros de atención ya existentes para proceder a su rescate y mejoramiento así como la creación de nuevas estructuras de atención. En sexto lugar, se hace imprescindible garantizar los derechos de los pacientes a obtener una atención integral, digna, con calidad y calidez, con supervisión periódica que garantice su funcionamiento.

Con base en este diagnóstico, el Programa de Salud Mental tiene planteados los siguientes objetivos:

- a.- Desarrollar acciones para reducir los trastornos mentales en toda la población a partir de la promoción, prevención y atención integral en salud mental y alcanzar, por ende, una mejor calidad de vida.
- b.- Formular políticas públicas dirigidas a la integración de instituciones.

- c.- Disminuir la incidencia de los factores de riesgo que promueven la enfermedad mental.
- d.- Promover el aprendizaje de modos y estilos de vida saludables (motivar recursos propios y mejorar la autoestima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo, y las relaciones interpersonales).
- e.- Desarrollar estructuras que lleven a una creciente y cohesionada inclusión social. (Vecindarios, lugares de trabajo y de estudio).
- f.- Garantizar a través de las políticas de salud del MPPS, una adecuada atención en centros especializados, que cumplan con los requerimientos básicos en cuanto a infraestructura, equipamiento y recurso humano, que permita la igualdad de acceso a los ciudadanos más vulnerables, logrando su rehabilitación y reinserción social.

Para alcanzar estos objetivos, este Programa lleva adelante una serie de proyectos, tanto en su fase de formulación como de ejecución, entre los cuales se pueden destacar:

#### **En fase de formulación:**

- Reactivación del Sub-programa de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Creación del Sub-Programa de Atención en Salud Mental de la población indígena.
- Creación de un Centro de Atención al Niño Autista.

#### **En fase de ejecución:**

- Creación del Programa de Atención Integral al Paciente con Trastornos Adictivos.
- Proyecto de humanización de las cárceles (mesas de trabajo/ Consejo Superior Penitenciario).
- Proyecto de atención integral a la población estudiantil de Misión Sucre. (Mesas de trabajo/Ministerio de Educación Superior).

- Plan Nacional de Tratamiento Antidrogas. (Comisión Presidencial con el Viceministerio de la Presidencia).
- Nueva reglamentación de funcionamiento de los Establecimientos Psiquiátricos de Larga Estancia (EPLÉ).
- Elaboración de nuevos contratos con los EPLÉ.
- Discusión del nuevo Proyecto de Ley de Salud Mental (21ª revisión en la Asamblea Nacional).

Además, este Programa ha identificado también una serie de fortalezas, debilidades y obstáculos que posee para llevar adelante las acciones que se le han encomendado.

### **FORTALEZAS**

- a.- Personal técnico especializado en el área psiquiátrica.
- b.- 24 Coordinadores Regionales de Salud Mental.
- c.- Apoyo de la ONA, OPS, OMS, ONU, Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Asociación Psiquiátrica para América Latina, Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología.
- d.- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- e.- Relaciones cercanas con los consejos comunales para asumir el ejercicio real del poder popular.

### **DEBILIDADES Y OBSTÁCULOS**

- a.- Déficit presupuestario.
- b.- Ausencia de distribución de medicamentos hacia las regiones.
- c.- Fallas en la recolección y registro de estadísticas nacionales.
- d.- Cambios de gestión que producen discontinuidad de planes y políticas ya elaboradas e iniciadas.

Entre los logros más resaltantes que esta Dependencia ha alcanzado para esta fecha destacan:



- a.- Rescate y optimización de la atención en los EPLE, en búsqueda de una adecuada rehabilitación y reinserción social.
- b.- Participación comunitaria a través de los comités de salud, mediante promoción social.
- c.- Establecimiento de proyectos a través de nuevas relaciones inter-institucionales favoreciendo la intersectorialidad.
- d.- Rescate del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Elaboración de nuevo contrato y nuevas normas de funcionamiento para los EPLE.
- e.- Participación intersectorial con otros Ministerios y organismos gubernamentales.

Ante este diagnóstico organizacional, este programa se plantea una agenda de trabajo para el próximo año conformada por las siguientes acciones:

- Reuniones con coordinadores regionales.
- Obtención de estadísticas regionales.
- Supervisión a los restantes hospitales psiquiátricos nacionales y del área metropolitana adscritos al MPPS.
- Iniciar conjuntamente con el MPPIJ el programa de humanización de las cárceles.
- Concretar la compra y distribución de medicamentos a los 24 estados.
- Revisión de la última versión de la Ley de Salud Mental.
- Evaluación conjunta con la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Estadística del proyecto de morbilidad psiquiátrica en la población venezolana.
- Firma de contrato con los EPLE.
- Elaboración conjunta con la Sociedad Venezolana de Psiquiatría del proyecto de abordaje y tratamiento de la psicoindigencia.

- Iniciar con el Ministerio de Educación Superior el programa de atención en las aldeas y universidades nacionales (especialmente Misión Ribas).
- Proyecto de Atención al Adulto Mayor con Demencia.
- Proyecto Atención al Niño con Trastornos del Espectro Autista.
- Proyecto de Rehabilitación y Reinserción Social al Paciente Psiquiátrico Crónico. Proyecto de atención a la salud mental Infanto-Juvenil (rescate del sub-programa).
- Impulsar la cooperación y la transversalidad interprogramas para el logro de políticas y lineamientos a ejecutar.
- Elaborar las estrategias para disminuir la institucionalización de los pacientes psiquiátricos.

A su vez, este Programa de Salud Mental es la instancia encargada de consolidar toda la información estadística a nivel nacional referente a la cuestión psiquiátrica y que se constituye en parte del soporte de su actuación. A continuación, se presentan un conjunto de cuadros y gráficos que resumen el comportamiento de los principales indicadores referidos al año 2008 y a todo el territorio nacional. Finalmente, se esquematizará en la distribución espacial de la Red de Atención Psiquiátrica Pública Nacional. (Ver Gráfico N° 1).

Entre los indicadores más destacados que maneja esta dependencia se tienen:

**Cuadro N° 6.- DISTRIBUCIÓN DE CAMAS PSIQUIÁTRICAS POR REGIONES. NIVEL HOSPITALARIO.**

**Cuadro N° 7.- RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. NÚMERO DE AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL POR ESTADOS.**

**Cuadro N° 8.- RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS DE LARGA ESTANCIA.**

**Cuadro N° 9. Gráfico N° 2.- NÚMERO DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES CLASIFICADOS POR ENTIDAD FEDERAL.**

Cuadro N° 10. Gráfico N° 3-4.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA SEGÚN GRUPOS DE EDADES.

Cuadro N° 11. Gráfico N° 5. - POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA HOMBRES SEGÚN GRUPOS DE EDADES.

Cuadro N° 12. Gráfico N° 6- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA MUJERES SEGÚN GRUPOS DE EDADES.

Cuadro N° 13. Gráfico N° 7-8. - NÚMERO DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES POR SEXO Y TIPO.

**CUADRO N° 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE CAMAS PSIQUIÁTRICAS POR REGIONES.**  
**NIVEL HOSPITALARIO.**

LOCALIZACIÓN	CAMAS
REGIÓN CAPITAL	
DISTRITO CAPITAL	
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CARACAS	130
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO	20
HOSPITAL VARGAS	20
ESTADO MIRANDA	
CENTRO DE SALUD MENTAL EL PEÑÓN	48
HOSPITAL VICTORINO SANTAELLA	14
ESTADO VARGAS	
HOSPITAL DE NIÑOS EXCEPCIONALES DE VARGAS	100
REGIÓN ORIENTAL	
ESTADO BOLÍVAR	
COMPLEJO HOSPITALARIO RUIZ Y PÁEZ	50
ESTADO SUCRE	
HOSPITAL GENERAL ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ	20
ESTADO MONAGAS	
HOSPITAL LUIS DANNIEL BEAPHERTUY	10
ESTADO NUEVA ESPARTA	
HOSPITAL LUIS ORTEGA	4

REGIÓN CENTRAL	
ESTADO ARAGUA	
HOSPITAL J. M. BENÍTEZ	12
HOSPITAL MANUEL ORTEGA	48
ESTADO GUÁRICO	
UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS DR. FRANCISCO URDANETA	13
REGIÓN NOROCCIDENTAL	
ESTADO FALCÓN	
HOSPITAL GENERAL DE CORO	40
ESTADO ZULIA	
HOSPITAL RICARDO ÁLVAREZ	30
HOSPITAL DEL ROSARIO CABIMAS	20
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARACAIBO	120
HOSPITAL GENERAL DEL SUR	20
REGIÓN ANDINA	
ESTADO MÉRIDA	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES	20
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	120
ESTADO TRUJILLO	
HOSPITAL FRANCISCO SOTILLO DE MEZA	40
HOSPITAL REHABILITACIÓN SALUD MENTAL BETIJOQUE	70
ESTADO TÁCHIRA	
HOSPITAL CENTRAL JOSÉ MARÍA VARGAS	60
REGIÓN CENTRO OCCIDENTAL	
ESTADO LARA	
UNIDAD DE PACIENTES AGUDOS	30
CENTRO DE RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PAMPERO	250
TOTAL GENERAL	1309

FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

Gobernación del Estado Zulia. Sistema Regional de Salud. Coordinación Regional de Psiquiatría y Salud Mental.

**CUADRO N° 7**  
**RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.**  
**NÚMERO DE AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL POR ESTADOS.**

ESTADO AMAZONAS	1
ESTADO ARAGUA	1
ÁREA METROPOLITANA	12
ESTADO CARABOBO	5
ESTADO COJEDES	1
ESTADO DELTA AMACURO	1
ESTADO GUÁRICO	2
ESTADO LARA	4
ESTADO MIRANDA	3
ESTADO MONAGAS	1
ESTADO NUEVA ESPARTA	1
ESTADO PORTUGUESA	1
ESTADO SUCRE	2
ESTADO TÁCHIRA	2
ESTADO TRUJILLO	1
ESTADO YARACUY	1
ESTADO ZULIA	7
TOTAL	46

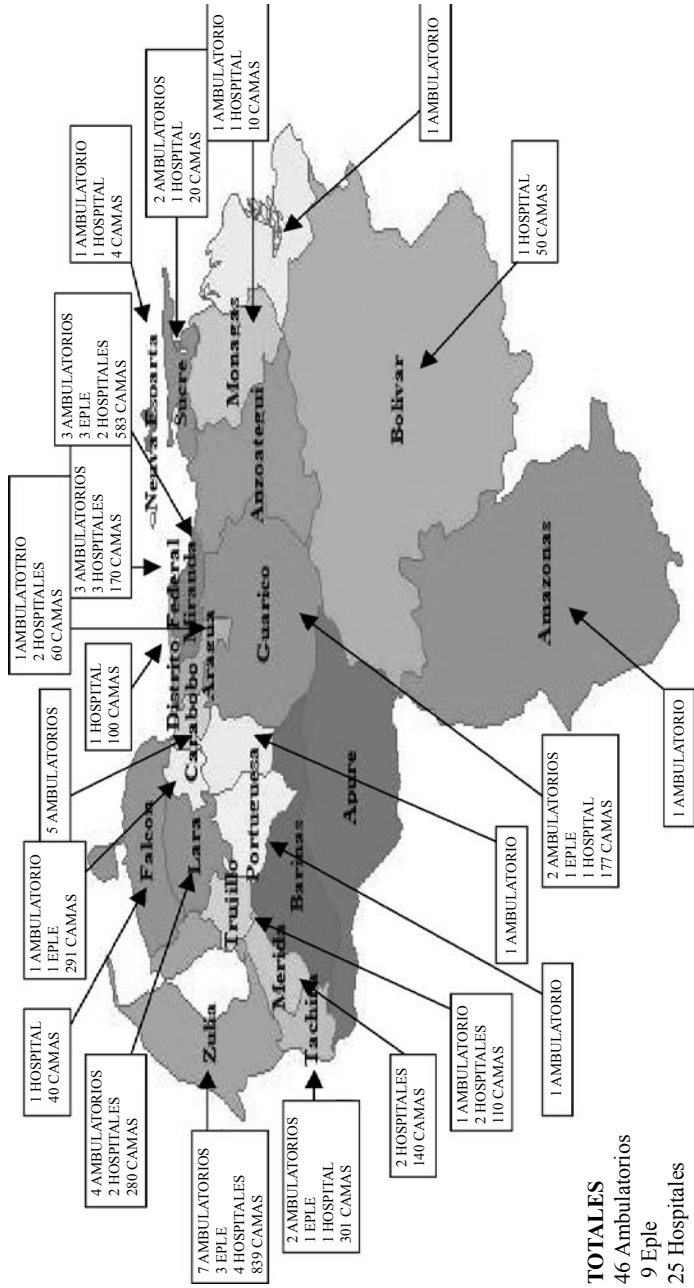
FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

**CUADRO N° 8.**  
**RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. ESTABLECIMIENTOS**  
**PSIQUIÁTRICOS DE LARGA ESTANCIA (EPL)**

ESTADO	LOCALIZACIÓN	DENOMINACIÓN	CAMAS
ESTADO GUÁRICO	SAN FRANCISCO DE MACAIRA	EPL MACAIRA	164
ESTADO MIRANDA	MUNICIPIO ACEVEDO	EPL BUENA VISTA	360
	MUME-CUA	EPL VIRGEN DEL ROSARIO	65
	CARRIZAL	EPL LA PAZ	96
ESTADO TÁCHIRA	BELLA VISTA-PE-RIBECA	EPL DR. RAÚL CASTILLO	241
ESTADO YARACUY	POTRERITO-NIR-GUA	EPL SAN MARCO	291
ESTADO ZULIA	CARRETERA EL MOJÁN	EPL EL MOJÁN	168
	VÍA FUERTE MARA	EPL LA SIERRITA	237
	CARRETERA 1° DE MAYO	EPL ZULIA	244
		TOTAL	1866

FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

GRÁFICO N° 1. RED DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PÚBLICA NACIONAL.



FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental. Elaboración Propia.

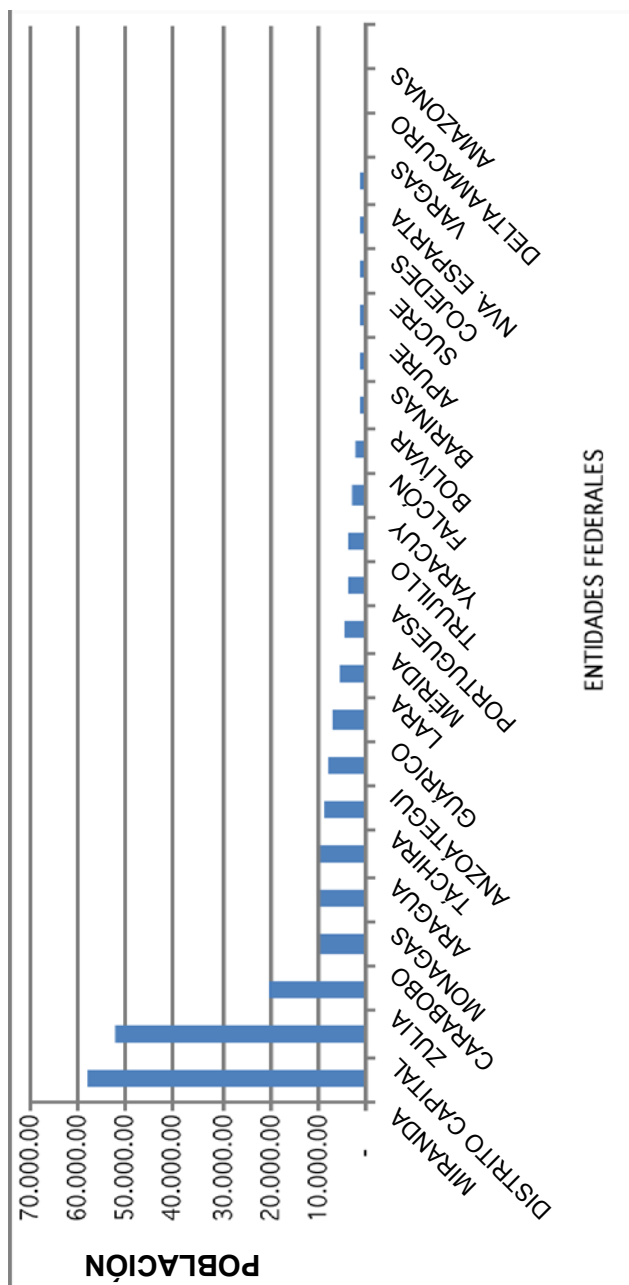
Cuadro N° 9.- Número de pacientes con trastornos mentales clasificados por entidad federal. 2008.

ENTIDAD FEDERAL	ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JU- NIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL	%	POBLACIÓN GENERAL SANA
DISTRITO CAPITAL	4875	4724	4315	4607	4414	4531	4104	4196	4419	4217	421	4016	52439	2.51	2.091.452
AMAZONAS	77	40	50	65	57	58	56	61	50	67	65	60	706	0.48	146.029
ANZOÁTEGUI	660	631	605	696	693	697	613	695	602	693	694	675	7954	0.53	1.502.197
APURE	102	121	125	127	120	128	125	129	123	121	124	122	1467	0.30	483.470
ARAGUA	734	792	740	775	749	781	779	786	793	791	771	778	9269	0.55	1.689.056
BARINAS	127	129	133	137	137	134	139	136	134	139	141	136	1622	0.21	772.734
BOLÍVAR	149	146	148	142	150	151	155	149	147	152	143	153	1785	0.11	1.563.600
CARABOBO	869	886	873	889	897	808	802	798	804	801	789	795	10011	0.44	2.262.070
COEDES	92	90	91	95	97	94	93	91	89	93	88	89	1102	0.36	306.273
DELTA AMACURO	63	65	64	61	66	61	68	67	63	62	69	61	770	0.49	156.233
FALCÓN	164	159	168	171	162	169	167	168	173	167	166	168	2002	0.22	917.696
GUÁRICO	591	588	603	609	610	602	599	600	605	618	610	617	7252	0.95	759.508
LARA	465	470	463	459	461	469	464	462	453	459	460	456	5541	0.30	1.824.087
MÉRIDA	401	400	409	406	413	420	418	421	425	412	418	423	4966	0.58	859.924
MIRANDA	4707	4528	4769	4786	4852	4984	4547	4829	4915	4918	4882	4903	57620	1.99	2.909.235
MONAGAS	782	765	779	786	793	797	789	784	791	78	796	799	9449	1.08	872.996
NVA. ESPARTA	74	71	79	78	88	90	91	89	93	94	95	99	1041	0.23	443.648
PORTUGUESA	337	328	341	354	342	350	348	343	339	345	341	343	4111	0.46	890.503
SUCRE	94	89	94	96	89	92	94	98	99	93	94	91	1124	0.12	930.989
TÁCHIRA	721	701	742	735	747	752	769	758	727	750	736	727	8865	0.74	1.198.8982
TRUJILLO	332	324	336	338	351	339	328	330	334	331	329	330	4002	0.55	724.839
VARGAS	85	79	83	87	83	81	87	88	89	81	88	84	1015	0.30	335.368
YARACUY	223	217	227	232	222	258	225	219	217	235	242	215	2732	0.45	609.861
ZULIA	1673	1596	1714	1698	1687	1782	1729	1791	1696	1523	1599	1624	20012	0.55	3.687.332
												TOTAL	216957	14.52	27.934.783

FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.



Gráfico N° 2.- Número de pacientes con trastornos mentales clasificados por entidad federal. 2008.



FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

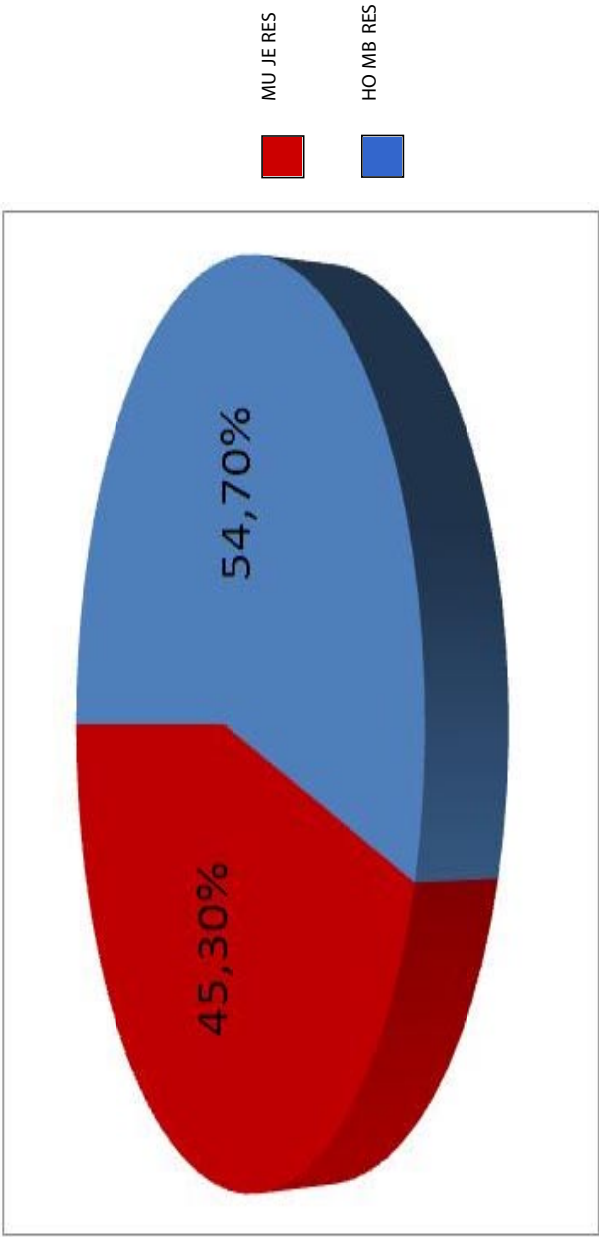
**CUADRO N° 10.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA SEGÚN SEXO  
Y GRUPOS DE EDADES. 2008.**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
0-4	6185	3889	10074	5.64
5-9	2402	3158	5560	3.12
10-14	3587	3977	7564	4.24
15-19	11933	6442	18375	10.30
20-24	11472	8787	20259	11.35
25-29	14649	9863	24512	13.74
30-34	13460	9205	22665	12.70
35-39	12330	8283	20613	11.55
40-44	7223	7555	14778	8.28
45-49	4240	7936	12176	6.83
50-54	2273	3788	6061	3.40
55-59	1849	3180	5029	2.82
60-64	1401	1538	2939	1.65
65-69	2209	1482	3691	2.07
70-74	1920	1122	3042	1.70
75-79	522	301	823	0.46
80 Y MÁS	123	146	269	0.15
	97.778(54,7%)	80.652(45,3%)	178430	100

FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

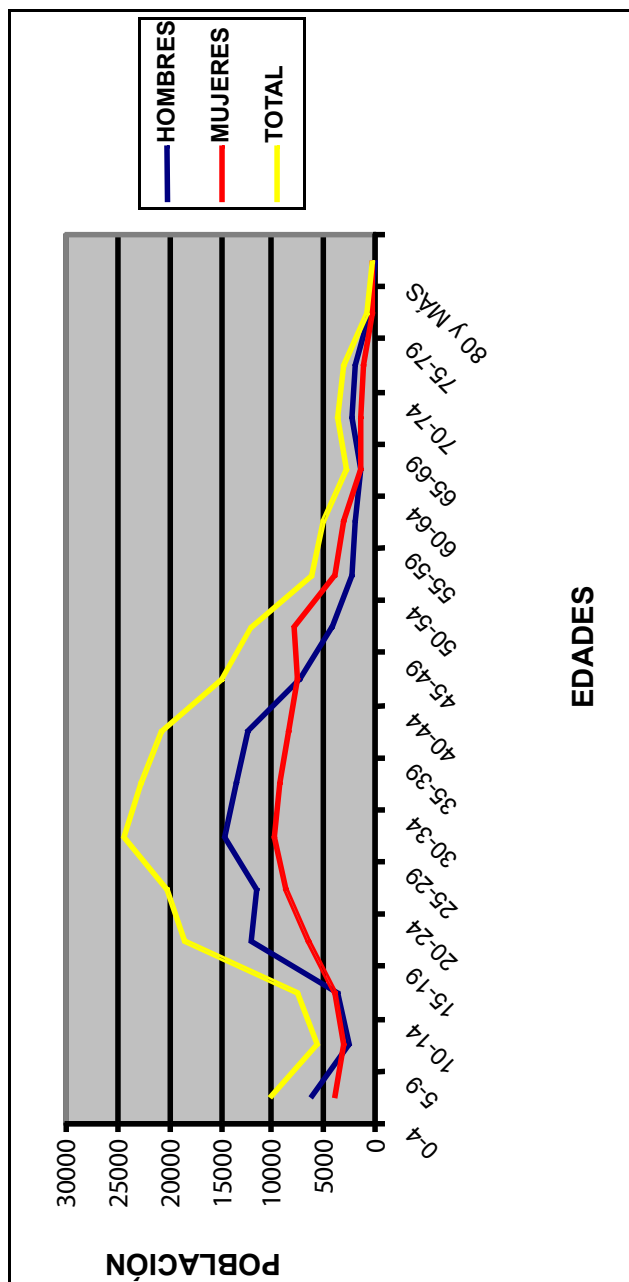
NOTA: La diferencia con el cuadro anterior, la cual es de 38.527 pacientes, responde a que no se poseen otros datos ya que han sido atendidos en Clínicas Privadas (respeto a la privacidad) y por la Misión Barrio Adentro (subregistro).

GRÁFICO N° 3.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA SEGÚN SEXO, 2008.



FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

GRÁFICO N° 4.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDADES. 2008.



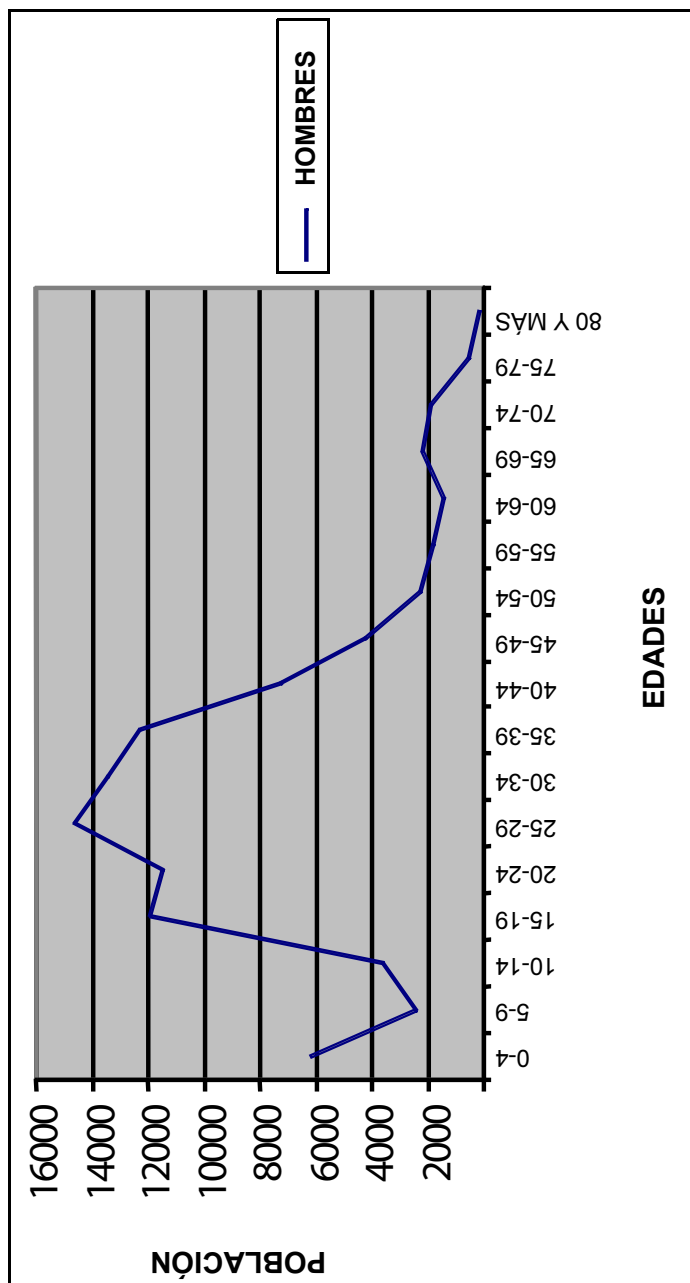
FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

CUADRO N° 11.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA HOMBRES SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2008.

EDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL	%	POBLACIÓN GENERAL SANA
O-4	492	507	541	509	523	512	510	513	516	521	522	519	6185	0.41	1.474.578
5-9	206	211	203	201	198	197	201	205	201	196	199	184	2402	0.16	1.425.991
10-14	312	305	311	309	298	273	281	297	282	301	312	306	3587	0.24	1.393.878
15-19	1001	978	1012	1003	1007	994	1002	1006	957	995	984	994	11933	0.80	1.376.248
20-24	956	912	948	953	942	965	981	967	964	971	962	951	11472	0.77	1.310.936
25-29	1234	1213	1217	1223	1219	1231	1198	1188	1234	1217	1235	1240	14649	0.98	1.183.797
30-34	1127	1210	1121	1113	1099	1101	1108	1142	1120	1103	1107	1109	13460	0.90	1.046.952
35-39	1037	1224	1030	1045	1024	1021	1026	1019	1023	1037	1022	1022	12330	0.83	931.158
40-44	598	590	601	606	613	599	606	603	592	605	612	598	7223	0.48	869.723
45-49	265	278	274	264	282	268	271	301	872	391	384	390	4240	0.28	762.673
50-54	198	190	185	183	181	180	184	188	186	208	201	189	2273	0.15	629.728
55-59	169	157	152	147	149	148	141	162	159	157	159	149	1849	0.12	517.613
60-64	107	112	118	121	119	122	118	119	115	117	119	114	1401	0.09	391.779
65-69	178	185	176	179	176	185	188	197	183	182	191	189	2209	0.15	274.424
70-74	145	151	161	158	159	161	167	163	165	159	169	162	1920	0.13	191.624
75-79	41	43	39	42	39	48	47	49	43	47	43	41	522	0.03	134.369
80 Y MÁS	9	12	10	8	9	11	13	14	10	8	9	10	123	0.01	99.153
												TOTAL	97.778	6.54	14.014.614

FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

GRÁFICO N° 5.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA HOMBRES SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2008.



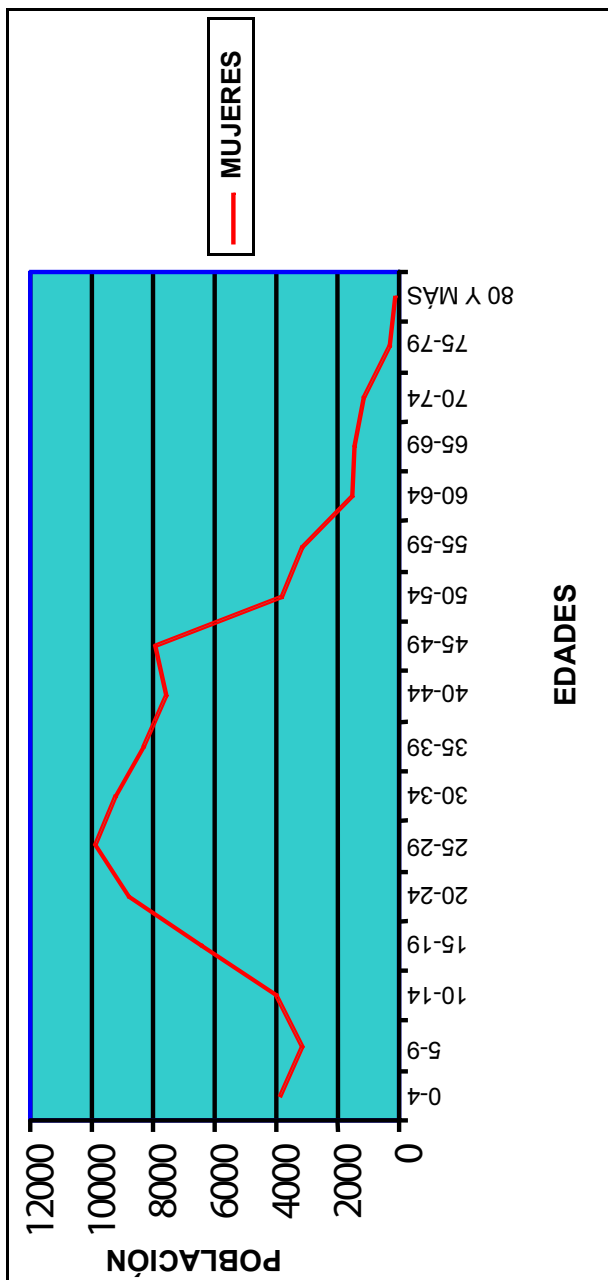
FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

CUADRO N° 12.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA MUJERES SEGÚN GRUPOS DE EDADES. 2008.

EDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL	%	POBLACIÓN GENERAL SANA
0-4	321	313	346	325	317	316	341	327	325	332	316	310	3889	0.26	1.409.094
5-9	265	256	273	283	274	281	273	279	246	248	249	231	3158	0.21	1.365.603
10-14	331	321	332	329	327	332	338	326	330	341	336	334	3977	0.27	1.337.017
15-19	538	522	543	539	536	545	538	538	536	537	541	529	6442	0.43	1.326.808
20-24	735	708	745	731	729	737	731	738	729	742	734	728	8787	0.59	1.279.110
25-29	831	802	816	821	826	825	818	813	841	835	826	809	9863	0.60	1.170.866
30-34	765	763	769	780	774	779	767	771	759	764	745	758	9205	0.62	1.045.471
35-39	693	687	698	693	696	689	689	688	691	694	689	608	8283	0.56	935.928
40-44	632	619	634	641	638	542	639	631	628	614	620	617	7555	0.51	878.329
45-49	663	662	669	650	665	659	661	660	667	663	658	659	7936	0.53	773.880
50-54	312	309	320	315	307	323	321	313	313	315	321	316	3788	0.25	642.579
55-59	269	258	261	265	263	264	270	268	164	267	262	269	3180	0.21	532.034
60-64	123	117	131	130	128	129	143	112	132	129	133	131	1538	0.10	409.619
65-69	123	121	129	127	131	124	117	119	122	120	125	124	1482	0.10	298.685
70-74	94	92	96	98	96	92	95	91	93	95	91	89	1122	0.08	220.300
75-79	27	24	25	28	26	23	26	23	28	25	24	22	301	0.02	163.399
80 Y MÁS	13	12	13	14	12	10	12	13	14	12	10	11	146	0.01	131.447
												TOTAL	80.652	5.42	13.920.169

FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

GRÁFICO N° 6.- POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA A MUJERES SEGÚN GRUPOS DE EDADES.



FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

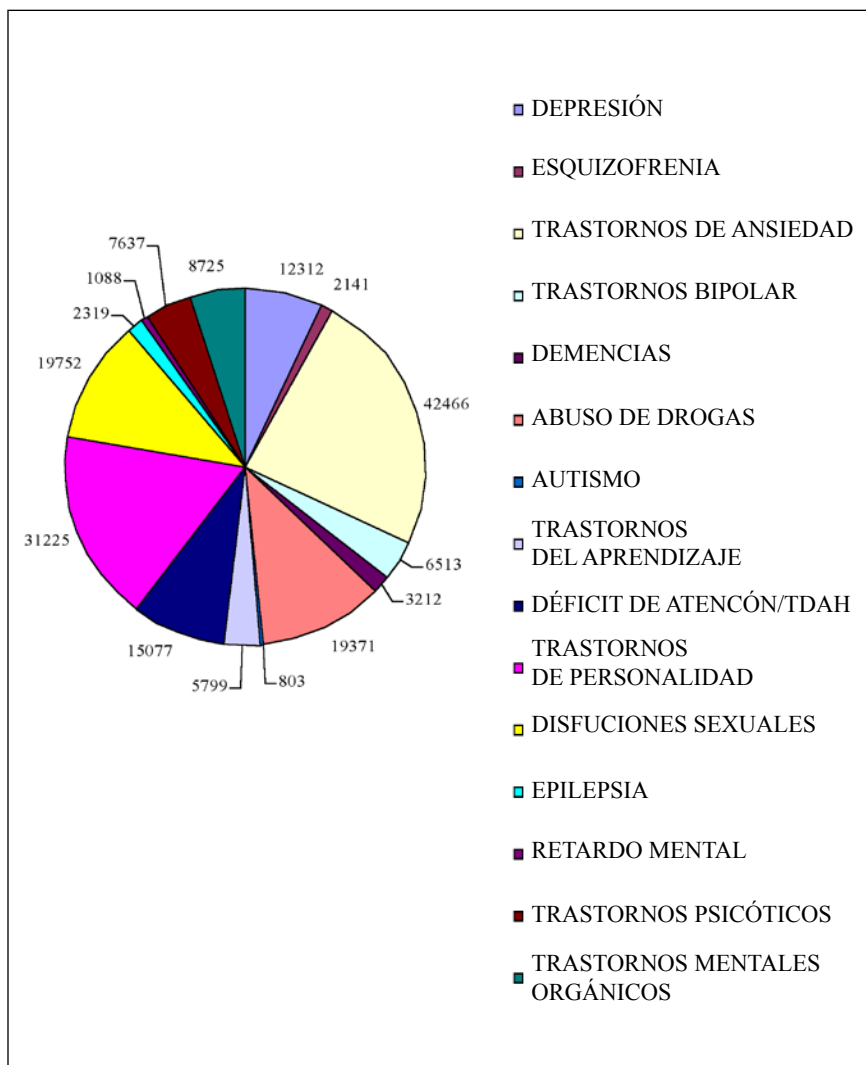


**CUADRO N° 13.- NÚMERO DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES  
POR SEXO Y TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL. 2008**

PATOLOGÍAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
DEPRESIÓN	6747	5565	12312	6,90
ESQUIZOFRENIA	1173	968	2141	1,20
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	23271	19195	42466	23,80
TRASTORNOS BIPOLAR	3569	2944	6513	3,65
DEMENCIAS	1760	1452	3212	1,80
ABUSO DE DROGAS	10610	8751	19371	10,85
AUTISMO	440	363	803	0,46
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	3178	2621	5799	3,25
DÉFICIT DE ATENCIÓN/ TDAH	8262	6815	15077	8,45
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	17111	14114	31225	17,50
DISFUNCIONES SEXUALES	10824	8928	19752	11,06
EPILEPSIA	1271	1048	2319	1,30
RETARDO MENTAL	596	492	1088	0,60
TRASTORNOS PSICÓTICOS	4185	3452	7637	4,29
TRASTORNOS MENTA- LES ORGÁNICOS	4781	3944	8725	4,89
TOTALES	97778(54,7%)	80652(45,3%)	178430	100

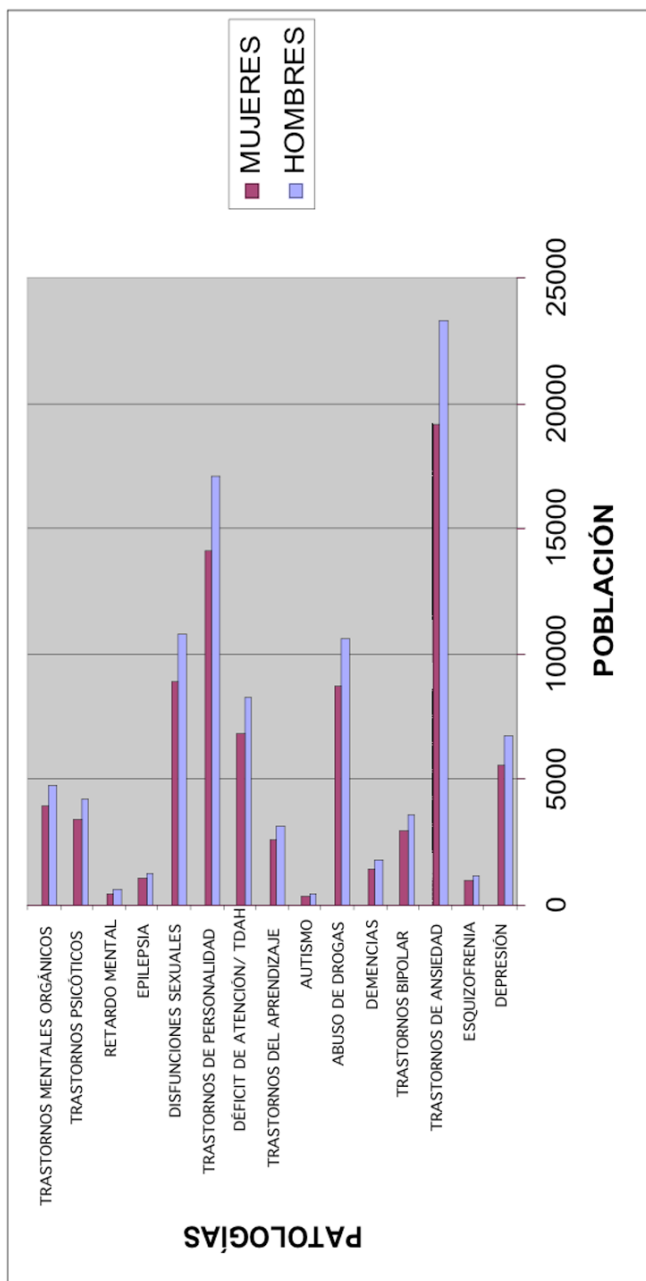
FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental

**GRÁFICO N° 7.- NÚMERO TOTAL DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES POR TIPO. 2008.**



FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

GRÁFICO N° 8.- NÚMERO DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES POR SEXO Y TIPO. 2008



FUENTE: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Salud Mental. Programa de Salud Mental.

En entrevista realizada al Dr. Celso González, Coordinador Nacional del Programa de Salud Mental, y a la Dra. Mónica Mosquera, Jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, se le solicitaron sus consideraciones con base en su experticia y visión global con respecto al comportamiento referido en dichas estadísticas. Al evaluar los cuadros precedentes, se pueden destacar los siguientes aspectos y mencionar sus posibles causas:

- a.- Al visualizar una distribución espacial de los distintos tipos de establecimientos psiquiátricos, se evidencia una cobertura a nivel de todo el territorio nacional.
- b.- En los centros poblados de mayor densidad poblacional se concentra el mayor número de establecimientos psiquiátricos independientemente de su tipo o especialización funcional, bien sea con camas de hospitalización o en establecimientos de larga estancia, destacándose el área metropolitana o Región Capital y el estado Zulia.
- c.- El mayor número de pacientes que sufren de algún tipo de trastorno mental se localizan geográficamente en los centros urbanos que tienen mayor cantidad de población. Además de esta dimensión cuantitativa, el estilo de vida que se lleva en estas ciudades también incide en esta problemática ya que está fuertemente influenciado por diferentes dificultades que afectan la estabilidad emocional de las personas, como por ejemplo la inseguridad, conflictos laborales y enfrentamientos políticos, entre otros.
- d.- Los pacientes que sufren trastornos mentales del sexo masculino (54,7%) superan por poco margen a las pacientes del sexo femenino (45,3%). Esta pequeña diferencia puede estar vinculada al rol social (específicamente laboral) que desempeñan los hombres.
- e.- Tanto en los pacientes del sexo masculino como en el femenino se detecta un comportamiento ascendente a partir del grupo etario de 5 a 9 años, haciéndose significativo a partir de los 10 a 14 años hasta los 25 a 29 años cuando comienza a descender. Este

incremento es producto de la aparición de patologías como los Trastornos por Déficit de Atención y los Trastornos del Aprendizaje que principalmente hacen su aparición en la edad temprana en ambos sexos.

- f.- Los pacientes del sexo femenino con trastornos mentales solamente superan los valores con respecto al sexo masculino en el tramo de edades que comprende desde los 40 a 44 años hasta los 60 a 64 años de edad. Esta variación está asociada a los trastornos que padecen las mujeres producto de cambios orgánicos relacionados con la función hormonal, específicamente con la desaparición del ciclo menstrual.
- g.- Los trastornos mentales más comunes independientemente del Sexo son los Trastornos de Ansiedad (23,8%) y los Trastornos de Personalidad (17,5%). A pesar de que la Depresión como patología se encuentra a nivel mundial ubicada en los primeros lugares, aquí en Venezuela según estas cifras ocupa el sexto lugar. Al respecto el Dr. González señaló que se podría estar dando un solapamiento en la evaluación estadística de este trastorno ya que en muchos casos suele contabilizarse preferencialmente como Trastorno de Ansiedad ya que van asociados distintos padecimientos. Por otra parte, resalta la patología producida por el Abuso de Drogas, la cual constituye hoy en día una de las principales preocupaciones a nivel mundial por las graves consecuencias que representa para el todo social.

Para finalizar, en lo que respecta al papel del Estado es importante señalar que en la Asamblea Nacional reposa desde principios de este siglo para su discusión y posterior sanción y promulgación un Anteproyecto de Ley de Salud Mental cuyo objeto sería el de “promover y preservar todo lo concerniente de la *Salud Mental*, prevenir los trastornos mentales en el ejercicio de los derechos de las personas, y contribuir al desarrollo de un *Sistema Público Nacional de Salud* que garantice la salud a toda la población de la República Bolivariana de Venezuela, tanto al individuo y la familia, como a la sociedad, en la prestación de servicios que les asegure adecuado tratamiento y les procure rehabilitación y reincorporación social, con la participación protagónica de la sociedad organizada” (Art. 1).

Allí también se establece que la Salud Mental es “un estado variable de las personas y de los grupos para interactuar con su entorno socio cultural, con la finalidad de promover el máximo bienestar posible y el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas relacionadas con la cognición, afecto y los eventos sociales, para el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con el bien común y una visión ética de la vida” y el Trastorno Mental es “el desajuste biológico, psicológico y social de la persona que determina una limitación temporal o permanente en su vida de relación” (Art. 4).

**En este sentido, hasta nuestros días no existe en el ámbito normativo un instrumento jurídico con rango de ley que regule todo lo referente al escenario alienista. Este hecho evidencia, de alguna manera, el papel pasivo que ha jugado el Estado venezolano con respecto al problema de la salud mental.**

Luego de haber analizado algunos lineamientos generales del actual orden psiquiátrico en Venezuela tanto desde la perspectiva académica y científica como también en términos de políticas públicas, queda en evidencia el marcado énfasis e influjo hegemónico de la propuesta que postula la APA caracterizada por la colectivización del trastorno y la medicalización de la vida cotidiana, tanto en lo que respecta al estado actual como a sus tendencias.

**Desde la perspectiva académica y científica, aspectos tales como la reafirmación del papel clasificatorio y definitorio de los DSM, pasando por la exclusividad de la respuesta eminentemente farmacológica ante el trastorno consolidan un panorama que retoma los postulados principales de esa postura. La posibilidad de discutir sobre los fundamentos epistemológicos y/o científicos de ese campo del saber que ya han sido planteados desde el siglo pasado en las obras de Laing y Szasz, por solo mencionar algunos, han quedado en el olvido y se recurre a los nuevos avances en la Psiquiatría Biológica y las Neurociencias como soporte indiscutible. La exclusividad del manejo y tratamiento del campo psiquiátrico a este tipo de especialista de otro tipo de profesionales e inclusive del mismo ámbito médico, así como su nuevo papel de interventor social, les confiere una autoridad su-**

prema. El planteamiento del uso de los psicofármacos con usos preventivos conduce a horizontes preocupantes e ilimitados. A su vez, los supuestos beneficios y menos efectos colaterales que arrojan los psicofármacos de última generación así como el cuestionamiento de otros tipos de tratamientos de los cuales se obvian sus resultados (Proyecto Soteria o Soteria-Berna, Turku, etc.) más que curar a los que sufren el trastorno incrementan de manera exponencial las ganancias de las *Big Pharma*. Al igual que en el resto de los países, estas empresas son el principal soporte económico para la realización de eventos científicos, en los cuales, además de exponer sus nuevos productos o mercancías, se discute acerca de sus bondades. Además, a pesar del cuestionamiento de una manera contundente de las formas institucionales de atención existentes (Hospitales Psiquiátricos) no han surgido otro tipo de respuestas. La fuerte crítica a las instituciones manicomiales bien sea como Hospitales Psiquiátricos o Establecimientos de larga estancia hechas por autores como Goffman o Foucault se potencian significativamente debido, entre otras cosas, al déficit presupuestario, el hacinamiento y la ausencia de políticas públicas al respecto. Aunado a esto, la falta de implementación de formas institucionales alternativas no hace más que repetir ese círculo vicioso de encierro y maltrato.

Por su parte, el Gobierno Nacional, a pesar de definirse como Revolucionario, no revoluciona el actual orden psiquiátrico. La mayoría de sus directrices apuntan a cambios y mejoras *en el* orden existente, mas no hacia un cambio *de ese* orden. La necesidad de reestructurar, optimizar, recatar y mejorar son sus principales líneas de acción. A pesar de tener presencia en todo el territorio nacional, manejar las estadísticas de los principales aspectos relacionados con el alienismo además de contar con ventajas organizacionales y políticas producto de su actuación como aparato de Estado, no se plantea incidir de una manera insurrecta en el entorno existente. Por tocar un solo aspecto, no hay un solo argumento que plantee la necesidad de defender al ciudadano ante el poderío de las *Big Pharma*.

En conclusión, la globalización y la predominancia de la American Psychiatric Association sobre la psiquiatría mundial, y de la cual no escapó Venezuela, parte desde la conformación de los DSM. Si bien Venezuela

desde sus inicios se nutrió de los planteamientos y experiencias producidas en el continente europeo, particularmente Francia, es a partir de la institucionalización de la APA cuando el centro hegemónico del saber poderoso de la psiquiatría se trasladó a Estados Unidos. Es a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando Estados Unidos impone su supremacía a nivel mundial y en distintos ámbitos, cuando se impulsa y propugna su sistema de valores y creencias, el *american way of life*, como modelo a seguir. Esta nueva propuesta “científica” viabilizó, a su vez, una conciencia de clase en particular. Se constituye así una nueva fundamentación para este *saber poderoso* que ya había sido cuestionado desde la Antipsiquiatría, pero que retoma nuevos aires con esta propuesta unificadora, totalizante y que modela esta práctica “científica” sobre un espacio en particular: *las enfermedades mentales*. Pero su intención no es quedarse allí y su horizonte se amplía con nuevas patologías. Finalmente, ahora todo el mundo sufre de un trastorno. **Por ello, todos tienen que ser medicados. Se plantea la necesidad de una colectivización del trastorno y de la medicalización de la vida cotidiana.**



## II PARTE



## **CAPÍTULO 1- CONVERSANDO CON ROSE<sup>23</sup>**

### **Rose y su otredad**

Jim Geekie en su artículo Escuchar las voces que oímos publicado en el libro Modelos de Locura (Read y otros) reseña una de sus investigaciones que parte de la tesis según la cual “las personas que, por definición, han tenido la relación más estrecha con las experiencias que se consideran indicativas de la esquizofrenia (...) han sido ampliamente excluidas de la búsqueda” (Read, 2006). Por otro lado, ya en el año 2000, la Sociedad Psicológica Británica recomendaba que “los usuarios del servicio deben ser reconocidos como expertos en sus propias experiencias”. (Read, 2006)

En Venezuela, como en la mayor parte del mundo, el discurso médico-psiquiátrico sobre la locura se ha constituido en el principal argumento para tratar de entender y explicar la complejidad de este fenómeno. Se ha convertido en consecuencia, en el saber hegemónico. Esa condición de hegemonía pasa por no reconocer la posibilidad de multiplicidad de perspectivas o conocimientos sobre la naturaleza de la locura. Esta otredad viene a estar representada, en este caso, por las vivencias de aquellas personas que según ese discurso dominante sufren este padecimiento.

Siguiendo los lineamientos del modelo genealógico, el siguiente capítulo trata de considerar el orden psiquiátrico en Venezuela desde esta perspectiva, partiendo del análisis del saber dominado, organizado en cuanto experiencia de aquellos que han sufrido y enfrentado los rigores y estigmas de esta enfermedad, sobre los cuales se ejerce su campo de dominación: los enfermos mentales.

---

<sup>23</sup> Esta transcripción se constituye en una versión editada. La original que sirvió de base para el análisis del capítulo siguiente se encuentra en los Anexos bajo un esquema de presentación que pretende facilitar la comprensión y mantener la riqueza y complejidad de la oralidad. La entrevista fue realizada del 15 al 28 de febrero de 2009.

A continuación se transcribirán las conversaciones realizadas a Rose (seudónimo), persona a la cual desde hace cierto tiempo se le diagnosticó como enferma mental, en un primer momento con *Trastorno de Ansiedad* y posteriormente con *Trastorno Bipolar*. Ella es una mujer de 55 años, divorciada de un único matrimonio del cual se procrearon tres hijos (dos hembras y un varón) y al presente convive con otro hombre. Tiene un nivel educativo de Bachiller Mercantil (Técnico), actualmente se encuentra desempleada dedicada a los oficios del hogar y se puede ubicar en el estrato de clase media baja. Surge de las redes personales (Valles) del investigador lo que ha facilitado el contacto y también la realización de varios encuentros con respecto al tema en cuestión.

A los efectos de esta investigación se procederá a la realización de siete (7) sesiones que se grabarán en microcassette, las cuales consideraran las siguientes categorías:

- a.- Aspectos relativos a su enfermedad.
- b.- Relación con sus médicos.
- c.- Tipos y efectividad de los tratamientos a los que ha sido sometida.
- d.- Valoración de su estadía en el hospital psiquiátrico.
- e.- Valoración de sí mismo.
- f.- Valoración de la percepción familiar.
- g.- Síntesis.

Cada una de esas sesiones trabajará únicamente con la temática seleccionada, a excepción de la última denominada Síntesis, la cual persigue aclarar cualquier duda que se haya presentado en el tratamiento de las seis (6) anteriores y/o cualquiera otros aspectos considerados apropiados para el análisis y que no hayan sido mencionados. A fin de mantener cierta concordancia con el tipo de estudio y preservar la identidad de la informante, se identificó a Rose como Relatora y al Entrevistador como Correlator.

### **Primera sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en este caso son los aspectos relacionados con tu enfermedad.**

**C:** Buenos días, Rose. Quisiera que me comentaras distintos aspectos vinculados a lo que se ha denominado tu enfermedad. A ti algunos médicos te han diagnosticado como una enferma mental; independientemente

de la significación que eso tenga, yo quiero saber tu vivencia acerca de ese trastorno que me has comentado en situaciones anteriores y quisiera que me explicaras tu percepción acerca de esa enfermedad.

C: OK.

R: *¡Buenos días! Mi enfermedad parte del vientre y tensiones altas, a mis 35, 36, 37 años. Intranquilidad, cuando me venía la menstruación me tenía que preparar porque tenía que estar acostada los seis días. Me venía las menstruaciones con mucha dolencia y muchos coágulos, yo pensaba que estaba muy mal, hasta llegué a pensar que tenía cáncer. Fui para la Sociedad Anticancerosa, me practicaron la citología. La doctora me regañó por estar tan bien y yo no les creí para nada. Seguí frecuentando ginecólogos y mi ginecólogo me dijo que no, que yo no presentaba ninguna enfermedad, que estaba perfecta. Yo le pedí a él que me operara porque yo no quería ver más menstruaciones por el problema del dolor de la cabeza y las subidas de tensiones. Entonces cambié de médico y me fue mal, o sea, peor, me fue peor; me sentí peor y de allí acudí a un amigo que es cirujano general y pues, él me dijo, a través de los ecogramas y de los estudios que me mandó a realizar, me dijo que no me podía operar porque yo no estaba de operación y entonces, bueno, ahí fue donde le dije: Y tú como amigo (de contarnos todo) si tú no me operas yo me veré obligada a tirarme del puente porque yo no aguanto más; no aguanto más, sobre todo la presión aquí en la nuca. Entonces, él como me conoce como amiga, como que nos contamos todo, confidentes pues, él me dijo: Bueno, te voy a operar. Se realizó la operación.*

C: ¿Qué fecha?

R: *El 12 de septiembre de 1991.*

C: ¿Hace cuánto tiempo te comenzaste a sentir mal?

R: *Exactamente un año, exactamente; venía sintiendo la intranquilidad, las tensiones eran nerviosas porque los médicos me lo decían que yo tenía muchos nervios, pero yo no les creía, yo decía que no porque no me resistí siempre a pensar de que yo estaba enferma de nervios. Fue mi yerno, Javier Barboza, que me dijo cuando estuve grave antes de la hospitalización en el psiquiátrico, que me dijo que una doctora que le habían*

*recomendado que no me iba a tardar, que fuera, que lo mío era nervioso, entonces yo le dije: ¿Verdad Javier? Sí, lo tuyo es nervioso, vamos para que ella te vea y fue cuando él me llevó personalmente con mi hija y cuando fui me levanté de la cama, me trastumbaba, y a cada ratico era ir al baño a orinar, porque me orinaba sola, me compliqué tanto que los dos médicos que estaban allí, la doctora que ya estaba por graduarse de psiquiatra y el doctor que le faltaba un año para graduarse, el Dr. V, ellos se miraban y decían cuando yo decía me estoy orinando, tengo que orinar; ya había orinado en esos momentos y ya me estaba volviendo a orinar, ellos dijeron que yo somatizaba, entonces esas dolencias que tenía en la columna, en la parte lumbar, en el vientre, en la parte cervical, los brazos, y un malestar terrible que no lo podía controlar, ellos decían que eso era a consecuencia del cerebro, consecuencia de los nervios que descontrolaban el cerebro y el cerebro mandaba información a todos los músculos y a todos los órganos de mi cuerpo; eso eran las palabras textuales que ellos decían, entonces Javier me preguntó: ¿Con quién te vas a quedar, con la doctora C ó el doctor V? Entonces Javier me dijo: La doctora C se va ya, se va a graduar y se va ya del psiquiátrico y nosotros teníamos mala situación, económicamente estábamos mal Marcelo y yo, entonces yo le dije: Si la doctora se va y va a ver en una clínica yo me quedé aquí con el doctor V, porque además de que él es el que me va a hospitalizar, porque me tenían que hospitalizar Mario porque estaba deshidratada.*

**C:** No era por causa de lo que podía ser tu enfermedad, sino porque estabas deshidratada.

**R:** Estaba deshidratada porque tenía una parasitosis, tenía amibas y yardias, y el medicamento para los parásitos me produjo esa deshidratación y esas dolencias en el estómago y en el colón que hicieron cuando me hospitalizaron ver de todo, de oír gritos, de escuchar que habían puesto vallenatos en la sala, en el comedor, mi sala de estar, de allí de ese piso y cuando las camas eran de puro hierro y un colchón muy fino como de un centímetro donde me dolía más la columna y yo me quejé y me dijeron que me iba a amarrar.

**C:** OK, Pero no quiero que hablemos de tu estadía en el hospital psiquiátrico, porque eso lo vamos a tratar en un punto aparte, quiero que me

sigas hablando específicamente de tu enfermedad. Por ejemplo: ¿Cuándo es que te diagnostican a ti el médico como enferma mental?

**R:** *Cuando él me llevó, la internista, el gastroenterólogo y me dijo que yo había sufrido un shock y por eso era que me había enfermado de los nervios, que eso lo tenía que indagar él a través de las terapias.*

**C:** ¿En alguna fecha en particular, te recuerda algún día, algún suceso?

**R:** *Yo creo que eso fue hace como seis años o un poquito más, yo creo. Hace como seis años que yo estaba deprimida. Estaba deprimida y temblaba mucho. Javier, mi yerno, lo descubre porque me ve temblando, intranquila, me movía, me sentaba, me acostaba, temblaba como loca, me arrecostaba a la pared y subía los brazos y pedía al Señor que me quitara este malestar, que no lo aguantaba y caminaba y corría y entonces de allí no dormía, soñaba puras pesadillas, soñaba siempre con sangre, soñaba que me violaban, soñaba que los muertos me venían a buscar, soñaba mucho, muchas cosas extrañas ¿Cómo te digo yo? Que no existen pues, veía cosas en los sueños. El doctor me preguntaba que si yo hablaba sola. No doctor, nunca he hablado sola. Porque él me dijo: Si usted habla sola, entonces, sí está enferma mental, porque yo no la considero que usted está en una enfermedad mental, puesto que usted me responde claramente a todas mis preguntas, lo que tiene es que usted tuvo un shock en su vida o varios que la hicieron que usted se deprimiera.*

**C:** ¿Eso te dijo el psicólogo, el psiquiatra?

**R:** *El psiquiatra, el doctor V, que esos shocks me llevan a recordar mucho sí, él me ayudó a olvidar mi pasado con tantas terapias que me hizo. Él me ayudó a olvidar mi pasado, mi historia. Ya cuando terminábamos las terapias, me dijo que había sido el maltrato que tuve de mi niñez y el maltrato que tuve de casada. Fui muy maltratada y yo, de por mi parte, digo que fue en el momento del post-operatorio, porque cuando me iban a llevar a pabellón, le agarré la mano a mi médico y le dije: D, no me vayas a abandonar, porque presiento que algo malo me va a pasar. Entonces, tranquila que no te va a pasar nada; me contestó.*

*Y, en el pabellón, cuando vi el pabellón, me puse nerviosa y no lo veía a él, y pedí que por favor, antes que me durmiera, que él estuviera ahí*

*conmigo. Entonces, lo llamaron y le dije: Dame la mano, me la apretas, cuando esté dormida, me sueltas, ve a ver, te cambias, porque todavía estaba vestido, no tenía él el trajecito de médico y bueno, cuando reaccioné, cuando volví de la operación, sentí demasiado dolor y mucho calambre desde la parte lumbar hasta los pies, mucho calambre.*

*El colón se me estresó, porque eso fue lo que él me dijo. Se me formaron unos pelotones en mi vientre. Yo no tenía nada de vientre ni de nada; el abdomen, todo planito, planito, planito parecía que nunca había parido y cuando yo me vi eso me asusté. Yo no sabía qué era y pedí que lo llamaran y él vino y me dijo: Lo que pasa es que para sacarte el útero hay que sacar el colón y estás estresada, o sea, como se estresa una persona es lo que no entiendo. Dormida, anestesiada, pues no entiendo, ya ese estrés venía, entonces, él me acomodó el colón con las manos y listo, se fue. Luego, que me paralicé toda y la enfermera me tuvo que hacer un ejercicio para que me pudiera mover y entonces de allí rechacé los puntos y me inyectaban Celestón, fue allí donde empecé a sufrir de los nervios, que empecé a llorar, y a llorar y a llorar y una depresión terrible, horrorosa, que yo oía voces, oía, oía voces; la depresión no, no me dejaba caminar, no me dejaba salir de mi habitación, todos me iban a visitar y se sentaban conmigo en la cama y a veces que no les ponía atención a lo que hablaban y todo fue, yo digo que a consecuencia de la anestesia, consecuencia de la anestesia y de ese Celestón que me inyectaron por un mes para nada, porque me tuvieron que volver a operar al mes y medio para resuturarme. Cuando me resuturaron otra vez, lo volví a rechazar, allí estuve que no me daban vida; todos, todos los signos vitales, todos estaban por el suelo y no quería comer, no me quería alimentar, no me pasaba, no me rodaba la comida, o sea perdí el apetito y la agarré por fumar, y fumar, y fumar, y fumar y luego después de diciembre, me operaron en abril por última vez, que fue que me suturaron con la sutura que se deshace en el cuerpo y san se acabó, ahí se terminaron los tumores que reproducían esos puntos que son hechos de animales de cola de rata, de gato por eso era que los rechacé, porque a mí cuando me colocaron un aparato vaginal para no salir embarazada, lo rechacé; eso fue en Inglaterra, lo rechacé totalmente. Una señora me dijo que yo rechazaba, que en mi cuerpo no soportaba algo extraño.*

**C:** Es decir, la causa de tu situación, la que te plantea el Doctor tiene que ver con los maltratos que habías sufrido en tus años anteriores o es



producto de la situación traumática que te generó el post-operatorio de las tres intervenciones que te realizaron.

**R:** *No, la que dice el doctor. Sí, sí, sí; ellos; bueno el doctor V me decía que yo no estaba loca como decían mis hijos, que lo que estaba era enferma, lo que estaba era enferma porque cuando me operaron...*

**C:** ¡Perdón! ¿Enferma de qué?

**R:** *Enferma, enferma de los nervios. Me hacían enfermar todos los órganos; especialmente el estómago y es cierto, porque cuando yo estudiaba, que tenía examen de matemáticas, me daban diarreas por los nervios y, él dice que los nervios me atacan mucho el estómago y las manos. Mario los brazos me tiemblan mucho, las manos, el cuello me tiembla mucho, el cerebro, con los músculos me tiemblan; a veces, veo estrellitas, a veces se me mueve mucho el ojo derecho, los músculos.*

**C:** Pero, podemos decir, que fue a raíz de sus operaciones, del post-operatorio que tú comenzaste a escuchar voces.

**R:** *Sí, sí.*

**C:** Y a partir de allí es que tú crees que comenzaste a sentirte distinta, con unos nuevos síntomas.

**R:** *¡Ajá!*

**C:** Es decir, antes podíamos decir que eras nerviosa, pero que ahora estás comenzando a escuchar voces.

**R:** *¡Sí!*

**C:** Según lo que tú me dices.

**R:** *Sí, sí, sí porque antes de la operación nos fuimos a bailar. Una vez nos fuimos todo el grupo, estábamos con Javier y el primo de él, Jesue y, y Pacho y estábamos todos bailando y se me fueron las piernas; cuando se me fueron las piernas al otro día amanecí que no podía caminar fue cuando le dije a D: O me operas o que hago lo que te dije; entonces, ya no puedo caminar D.*

*Entonces me dijo: Bueno, vamos para operarte y creo que me operó miércoles eso fue, y cuando lo llamé, lo llamé un domingo.*

*Te digo que los nervios me enferman cuando recibo una mala noticia o hay un enfermo, hay un enfermo que veo que no puedo hacer nada por ese enfermo; a quien yo amo, comienza el temblor, comienza la tensión a subirse y comienzo a sentirme mal.*

**C:** Pero eso es distinto al otro tipo de trastorno que tú me señalas de que escuchabas voces, ¿Qué otras cosas sentías distintas además de escuchar voces?

**R:** Otras cosas.

**C:** ¿Veías cosas?

**R:** No, no veía cosas, pensaba muchas cosas Mario, pensaba muchas cosas malas, siempre pensando cosas malas; que me iba a morir, que pensaba que bueno, que vivía mal en mi casita, lo único que me tranquilizaba era que mis hijas estaban bien más no el varón, porque el varón ha tenido muy mala suerte. Siempre lo despiden o quiebra la empresa y eso, entonces, me pone deprimida, eso me pone deprimida. ¡Sí sufro de depresión nerviosa! Sí sufro, porque sobre todo cuando Marcelo bebe, que me llega borracho, me deprime.

**C:** Marcelo, ¿Es?

**R:** Mi marido...

**C:** ¡Tu esposo!

**R:** Marcelo cuando bebe que llega hablando duro, que llega reclamándome cualquier cosa, yo me pongo asustada; ¡Me asustó! Me asustó, porque me asustó y no debería de asustarme porque creo que me va a agredir, porque él no lo hace, y si lo hace, bueno, me lo hará mientras yo trate de escaparme, de agarrar la llave y salirme para casa de mi amiga. Salirme, salirme a la calle y meterme en casa de una de mis dos amigas que viven en la misma cuadra no cuando no está mi hijo, porque cuando está mi hijo él no se pone con esas cómicas, pero él me enferma, él me enferma, me pone mal, me pone triste, que yo soy tan alegre, yo soy muy alegre me despierto y es viendo que, qué se va a hacer, si hay que salir; se sale a hacer lo que se va a hacer; estoy siempre en todas las cosas del hogar; en ayudarlo a él, en ayudar a mis hijos en todo. Sí, me duele la cabeza y se reflejan en varias

*partes; varían, como que si caminaran, me duele a veces por la nariz, a veces me duele por acá, lo que llaman la sien verdad, por acá, ah y lo peor es que sufro del maxilar, eso me duele ¡terrible!, ¡terrible! si no tomo el tranquilizante, no el antidepresivo, porque ya el antidepresivo como ya superé la depresión con tanta terapia, ya ellos me enseñaron a vivir ellos, digo ellos, porque fueron dos psiquiatras que me trataron, el Doctor V y el Doctor R.*

*El dolor de cabeza me varía, más el dolor del maxilar no, siempre permanezco con el dolor y tengo que tomar el tranquilizante para tranquilizar el maxilar porque me duele demasiado Mario, eso es un dolor terrible y yo no puedo estar tomando calmantes a diario porque entonces, ¿Qué va a pasar? Que ya va haber un tiempo en que no me va a hacer efecto como una vez que yo sufrí de estreñimiento, que botaba sangre antes que los ingleses me operaran, yo me tomaba hasta seis Commel y nada que se me aliviaba el dolor.*

**C:** Quisiera precisar sobre tu enfermedad. ¿Cuándo tú crees que te comienzas a sentir mal de los nervios, como tú dices depresiva, como enferma mental? ¿Y qué diferencia hay de ese momento que tú te sientes así a cuando algún médico te cataloga como enferma mental?

**R:** *Sí.*

**C:** ¿Cuándo te lo dice exactamente?

**R:** *Exactamente, en la tercera operación que, como te dije antes se me... perdí el apetito y casi no me alimentaba y él me veía delgadita y me dijo: Yo no te puedo operar porque ya hubo un disgusto entre los tres cirujanos y, me quedé con el Dr.Ch, que él es profesor de postgrado de la Universidad del Zulia. Ch me dijo: Yo te voy a operar, te voy a tratar, pero que yo sólo, que D no te vea. Y, cuando Ch me opera él me despierta y me regaña y me dice que lo había hecho trabajar, que por lo menos me había sacado los granulomas que son las pelotas donde se forma el cayo, donde se forma el punto cuando se rechaza, cuando se infecta, él me quitó todo eso, me resuturó toda y me colocó los puntos esos, esos que trajo, fueron importados de los Estados Unidos, me regañó y cuando estuve hospitalizada me dijo: Tú sufres de los nervios, Rose, tú sufres de los nervios y debes ir para que el psiquiatra porque tu cuerpo está sano.*

**C:** ¿Fuiste a un psiquiatra?

**R:** *Fui a un psiquiatra.*

**C:** La primera vez.

**R:** *Y el psiquiatra, entonces cometió un error, porque me vio con, con un uñero, le mostré un uñero que no se me quería quitar jamás, y me dijo: Eso es una infección, esa enfermedad no, usted no es hipocondríaca porque me está hablando de amibiasis y tenía amibiasis y esa es una infección y eso no lo crea la mente, y el uñero no lo crea la mente y tiene la conjuntivitis que a todo el mundo se le quitó y a mí no se me quitaba y me dijo: Eso no lo crea la mente, eso es una infección, usted lo que está es enferma y sáquese el estudio de las defensas, porque usted lo que tiene son las defensas bajas. Entonces, fui otra vez a consulta con Ch y Ch se puso bravo y tiró la orden del psiquiatra de...*

*Ese fue el de la clínica Falcón, no recuerdo el nombre, el Dr. A, él dijo: Cómo es posible que él diga eso, si estoy seguro de que tú estás enferma de los nervios, entonces, él me cura, ¡Verdad!, Ch me cura de todo lo que era, de todo lo que era mi cuerpo, mi operación, mi post-operatorio, me dijo: Ya no, no te quiero ver más por aquí, ya te di de alta; ahora lo que sí vas a buscar es otro psiquiatra porque sufres de los nervios, eso me lo dijo Ch. Y, me lo aseguró. Entonces, fui a otro y me dijo que yo era hipocondríaca y yo le dije: Yo no soy hipocondríaca porque yo no soy masoquista, yo no soy estúpida, yo no soy tan gafa, tan boba en crearme enfermedades cuando yo las odio y yo las rechazo, no estoy de acuerdo con usted.*

**C:** Es decir, ¿No estabas de acuerdo con el diagnóstico del psiquiatra que te vio inicialmente?

**R:** *Sí, sí.*

**C:** ¿Para ti qué crees que era lo que te pasaba entonces?

**R:** *Que eran nervios, entonces sí eran, pero no creados por mí, no creados por mí, eso fue a consecuencia de, yo decía que era, que era de mi malos malos tratos que tuve en mi matrimonio dije y cuando me operaron, fue entonces allí cuando hubo como un volcán que explotó, entonces*

*después cuando me agravé, Javier me sugirió eso de la doctora C y, bueno y esa vez me salvaron, porque me vieron las internistas, las gastroenterólogos y el psiquiatra y esa vez me salvaron, más los medicamentos, los psicotrópicos, todos me cayeron mal, todos, en absoluto todos, cuando es más, en el post-operatorio de la tercera operación me recetaron uno que cayó tan mal que sentía que en el cerebro tenía un ventilador, un helicóptero, me giraba muy duro el cerebro, yo decía: Esto es un veneno lo que me pusieron y no lo tomé más, no lo tomé más. Entonces, cuando el doctor V me receta el antidepresivo, el tranquilizante, el tranquilizante y, y las pastillas para dormir, yo me sentía Mario que yo no podía levantar y tenía que caminar arreguinada de las paredes para no caermé, se me pegaban unos dolores, los rechazaba tanto que parecía que se me estaban desprendiendo.*

**C:** Rose, quisiera que me precisaras algo. ¿Desde cuánto tiempo hace que a ti te diagnosticaron como enferma mental? Es decir, ¿En qué fecha que el médico te dijo que tenías que ir a un psiquiatra al día de hoy? ¿Qué tiempo hace de eso?

**R:** *Eso fue en el año 1992, el doctor Ch me diagnosticó que estaba enferma mental. Eso hace, ¿Cuántos años Mario?*

**C:** Hace 16 años.

**R:** *16 años.*

**C:** Va para 17.

**R:** *Va para 17 años. Él es muy buen médico y bueno, y los psiquiatras igual, dijeron lo mismo.*

**C:** Quiero recapitular algo, si yo trato de recoger de tus palabras cuáles serían las causas de esta situación de anormalidad, de desajuste que tú pasaste, me estás refiriendo dos cosas en particular; uno: la situación que tú viviste, de maltrato cuando eras pequeña, cuando estabas con tu hogar; inclusive, hoy en día cuando llega tu esposo ebrio; esa situación más la situación post-traumática que te generó el postoperatorio de la operación que te realizaron. ¿Es eso así? Tú crees que hay algo más que podemos vincular a las causas posibles de la situación en que te encuentras.

**R:** *Bueno Mario, hay tantas cosas. He pasado tantas cosas extrañas, muchas cosas extrañas que, que mis psiquiatras no lo aprobaron, no lo aprobaron.*

**C:** *¿Como cuáles?*

**R:** *Como cosas, daños, trabajos de hechicería.*

**C:** *¡Ah ya! Explicame eso.*

**R:** *Porque, por eso escuchaba las voces, las voces que cuando me gritaban que me iban a matar, me despertaban, yo le contaba a esos dos psiquiatras y ellos me decían: Bueno, nosotros. Cada uno me contestaba: Yo no creo en eso, pero sí tengo un amigo que es psiquiatra que trabaja el espiritismo y yo le dije: No, yo no quiero mezclar la medicina con el espiritismo no quiero, no quiero no, pero hablando del otro médico que me diagnosticó la conjuntivitis como una enfermedad, cómo se llama...*

**C:** *Visual.*

**R:** *Infeciosa, o sea, esa conjuntivitis me dolió muchísimo. Mario me aseaba también, llevaba el tratamiento y nada; un día un enamorado de mi vecina me dijo que él trabaja las cosas esas de las ciencias ocultas, por cierto español; ese español me llevó a casa de una colombiana y la colombiana, la colombiana fumaba tabaco eso es lo que más recuerdo y, cuando ella me vio le dijo al español: Esta muchacha está enferma, la trabajaron para matarla y esa conjuntivitis que tiene no es natural, eso es un espíritu que ella le pusieron para que sufriera, para que se muriera, entonces, y si quiere yo le fumo el tabaco para que se le quite. Entonces, yo le dije a José Ramón, al español, le dije: Bueno, si se me va a quitar, que lo haga porque yo no creo, pero, pero sí me voy a curar, que lo haga; entonces, me asombré, porque fumaba el tabaco y me echaba el humo en los ojos y cuando eso yo no usaba lentes y me dolía y yo decía: Dios mío qué está haciendo esta mujer y qué estoy haciendo yo, pero ya estoy aquí que pase lo que Dios quiera y san se acabó, se me quitó la conjuntivitis, inmediatamente se me quitó, inmediatamente ella hizo eso pues, le dijo a José Ramón: Lo que ella tiene, yo no se lo puedo sacar; porque si se lo saco me muero porque ella está trabajada con magia negra; con Vudú. Fui a la doctora Cb que dicen que se levanta, bota agua de rosa por las manos, sí la bota, porque yo le he*

*visto botar agua de rosa por las manos y me ha bañado, con esa agua me trató y, cuando me trató ella se enfermó; ella se enfermó, tuvo una semana en cama, orinando sangre me dijo que no me le volviera a acercar nunca más, me dijo que cuando me trató en la clínica D'Empaire se oyeron, se escucharon golpes muy feos como si tiraran cosas; tal cual como la película del exorcista y caían cosas. Ella me dijo que no abriera los ojos, yo no los abrí, por si acaso no cuando se terminó el show digamos así, ella comenzó a recoger todas las cosas que habían tirado y sacó un ojo; un ojo que decía: Te tenemos vigilada, cosa que te saquen; cosa que te volvemos a poner, un paño de un producto que se llama Ginodian creo, que decía en el paño: Te queremos ver muerta, hasta que no; hasta que no te vuelvas loca y te quites la vida no vamos a estar tranquilos. Sacó un cepillo dental con un agua mala, yo conozco el agua mala y ella me preguntó que si sabía lo que era eso y yo le dije sí, esa es un agua mala, eso es mi amor para que te vuelvas loca y te quites la vida, eso es para que sufras del maxilar; y yo sufro del maxilar horriblemente y no sé qué otras cositas sacó la doctora Cb el asunto es que ella me, me prohibió que la siguiera frecuentando que ella no me iba a tratar más; que ella no podía con lo que yo tenía. Luego visité otra allí en la D'Empaire y me vio fuera del consultorio y me dijo: Tu enfermedad no es natural y aquí yo no te la puedo quitar porque me botan de la clínica y bueno, así sucesivamente. Había un cubano que me cuidaba y me protegía decía él con mis sobrinos y el asunto fue que él me cuidaba para que no me quitaran la vida.*

*Otro momento fue un atraco que hubo en la casa, de un amigo de mi hermana que iban a, iban saliendo en esos momentos en una camioneta no es Cherokee, Wagoneer; es una Wagoneer se fueron a buscar; iban a buscar a mi mamá y le llegaron los cuatro tipos y le quitaron las llaves de la camioneta, la cartera y más; cuando lo fueron a registrar él, él usa la pistola a un lado y cuando lo fueron a registrar apretó el brazo contra la pistola y no se la sintieron, entonces...*

**C:** ¿Quién es él?

**R:** *Él era el amigo de Yudith, de mi hermana, entonces, él agarró y lo golpearon muy duro que le partieron el tabique de la nariz y, y le dieron, le introdujeron un chuzo por la parte de debajo de la cintura del costado y*

*eso me lo cuenta Yudith porque la soltaron y Yudith entró porque yo había dejado la puerta de la sala abierta y ella me cuenta todo, yo le dije: Pero bueno, Renato está entregando todo, sí, pero lo están golpeando porque no pueden prender la camioneta, porque él le tenía una trampa a la camioneta, entonces, él, él como pudo se salió de allí y cuando él se sale el ladrón viene y le dispara; le dispara que él era guajiro, guajiro-colombiano por eso viene el trabajo sucio, el trabajo guajiro; empezó a dispararle y vino Renato y como pudo se defendió, sacó su pistola y disparó a la pierna y no se tranquilizó, me dijo el comisario de la PTJ que era porque estaba full de cocaína, taba repleto de cocaína y qué iba a hacer tiro y qué iba nada; él lo que quería era la camioneta porque los otros tipos le decían que se viniera y él decía: No, hasta que no lo mate, no me voy; entonces, Renato le disparó la otra pierna y tampoco se quedó tranquilo cuando ya él venía para adentro, el ladrón, me cuenta Renato, que ya él venía donde él estaba porque él se acostó en mi jardín, debajo de una palma que yo tenía allí, vino y le disparó al corazón.*

*Y el hombre logró caminar; caminó dos casas y allí cayó; cayó todavía vivo. Dicen los PTJ que cayó por inercia porque estaba muy borracho y muy, estaba drogado. Entonces, la hermana me dijo que yo había sido la culpable porque la mujer del lado es una chismosa y le dijo que yo era amante del muerto y era amante del dueño de la camioneta y el dueño de la camioneta por celos lo había matado, entonces, la mujer dijo que yo tenía que pagar cada gota de la sangre del hermano con dolor; que hasta que no me volviera loca ella no iba a estar tranquila y hasta que no me quitara la vida, ella no iba a estar tranquila, entonces bueno, que me iba a quedar arruinada, todos los corotos se me echaron a perder; todos, todos, no hubo nada que no quedara bueno, nuevo; todo se echó a perder, todo se rompió y tuve que alquilar la casa e irme para casa de mi mamá y bueno, en el año ese que cayó 6, 6, 6 verdad: el día 6, el mes 6, el año 66; ese día tuve un disgusto con mi marido y decidí envenenarme.*

**C:** En 1966

**R:** De 1966.

**C:** Es decir, 1966. ¿Cuántos años tenías para esa fecha?



**R:** ¿Yo?

**C:** Sí.

**R:** *No sé, este... 1966.*

**C:** Porque dijiste que...

**R:** *Ya va; 1966 es muy lejos, es muy lejos... ahora, en el 2006.*

**C:** 6, 6 del 2006.

**R:** *Del 2006, esa sí es la fecha. Que me tomé el tratamiento, me tomé unas pastillas y no logré, no logré tomarme las demás porque mi vecina me descubrió y llamó a mi familia y no me dio tiempo de tomármelas.*

**C:** ¿Me podrías recapitular eso? ¿Por qué llegaste a esa decisión?

**R:** *Porque, eso es muy importante para tu tesis, porque yo decía que no me iba a curar, que los mejores médicos de aquí de Maracaibo no me, no me curaban con sus medicamentos, que sigo temblando, que me sigue el dolor del maxilar, que me sigue el dolor del vientre y que si no nada me curaba bueno, era mejor quitarme la vida, porque yo no quería seguir sufriendo que me había sometido a una operación donde mi, mi matriz estaba bien, mis trompas estaban bien, mis ovarios estaban bien y Ch me dijo: Te esculqué toda y no hay un organismo como el tuyo, y no hay un organismo como el tuyo que cicatrice tan rápido, tan bien. Cuando pensé en todas esas cosas dije: No, no tengo remedio; la ciencia no me cura, los médicos son tan buenos y no me curan lo mejor es que me quite la vida porque yo no quiero seguir viviendo con dolores.*

**C:** ¿Eso fue el 6, 6 del 2006?

**R:** *Del 2006*

**C:** ¡Ok!

**R:** *Sí.*

**C:** ¿No has tenido en ningún otro momento una situación que te haya llevado a ese extremo?

**R:** *No...*

**C:** ¿Únicamente fue esa oportunidad?

**R:** *Únicamente fue esa oportunidad, mi doctor; cuando eso fue estaba todavía con las terapias del doctor V antes de darme el que me dio de alta me dijo: Bueno, señora Rose, ya llegamos hasta aquí, ahora sabe lo que debe hacer, pero no sé en qué tiempo y por qué razón volví a caer en mi enfermedad. Sí, fue por el estómago que me enfermé de amibiasis otra vez, fueron los medicamentos que me hicieron, me llevaron otra vez a la consulta con el doctor R que es muy conocido aquí y todo el mundo dice que es una eminencia, me volví, me volví a deshidratar con los medicamentos para los parásitos, me volví a echar a perder y estuve como un mes en casa de Javier y de Adriana, de mis hijos y yo sabía que me iba a morir porque sentía ya el corazón que como si se me fuera a salir por la espalda y ya no podía caminar, me iba de lado, cuando caminaba, me iba de lado, entonces oraba, yo oraba, y le oré al Señor y le dije que me presentara el médico que me podía salvar y, a Marcelo, a mi marido le recomendaron al doctor R y me llevó. Cuando me llevó eso fue terrible puro llanto llorar y llorar y, y no podía ni siquiera sostener la cabeza porque es lo que más, lo que más me empeora; que no puedo sostener la cabeza y no puedo caminar, camino así como si fuera epiléptica, entonces, pero eso sí, con mis cinco sentidos.*

**C:** Una precisión que quisiera hacer ¿Qué tiempo hay desde el momento en que el doctor V te dijo que ya tú estabas bien y el momento que tú decides tomar la decisión de acabar con tu vida?

**R:** *No, cuando yo estaba en consulta con el doctor V tomé la decisión de de acabar con mi vida, él me estaba viendo, que él fue quien dio la orden directamente a la clínica para que me limpiaran el estómago con la sustancia que él recetó estaba con...*

**C:** ¿En qué tiempo después de esa situación, el médico te da de alta?

**R:** *Ajá, ahí rápido, fue rápido porque entramos más profundamente lo que yo sentía en mi vida, contarle todo lo que yo pensaba, todo lo que yo sentía, entonces, más profundamente, tajantemente me trató y me dijo las cosas como eran y, me dijo incluso que, que yo había hecho eso para manipular a mi familia, para asustarlos y yo le dije: No doctor, no*

*fue para asustarlos; yo me las iba a tomar todas, no fue para asustarlos porque... pero ¿Por qué se despidió de sus amigas? Bueno porque me las iba a tomar todas. Usted no sabe que se hubiera dormido y la hubieran, le hubieran lavado el estómago; Yo le dije: yo sé que mi corazón no hubiese resistido eso, entonces él me contestó: Tiene razón; me dijo, tiene razón, entonces por eso ahora lo pienso y lo descarto, desecho porque yo sé que puedo morir de infarto.*

**C:** Perdón, pero quisiera precisar; qué tiempo después del 2006; del 6, 6 del 2006. ¿En qué momento te da de alta?

**R:** *No recuerdo, tendría que buscarlo en los récipes que yo los guardo, no recuerdo el asunto es que...*

**C:** ¿Fue rápido?

**R:** *Fue rápido y después, cuando tuve la otra gravedad que llevé a la consulta del doctor R, estaba una viejita, una señora de, de mucha edad y me dijo: Señora, no llore, tranquilícese que el doctor la va a curar porque yo llegué así y él me curó.*

**C:** ¿Qué tiempo hace desde ese segundo percance del primero del 2006?

**R:** *Eso hacen, ya el doctor R tiene dos años viéndome, dos años.*

**C:** Es decir que, si sacamos dos años atrás 2008 y eso fue en el 2006; más o menos muy poco tiempo después de que estabas hablando con el doctor V entraste a consulta de R.

**R:** *Sí, porque cuando yo terminé con el doctor V seguí el tratamiento, seguí el tratamiento pero entonces, dejé de tomar un medicamento al medio día y, me eché a perder; cuando yo llego a la otra consulta con el otro psiquiatra con, con el doctor R, él me colocó el mismo, el mismo medicamento dos veces al día como me lo había puesto el italiano.*

**C:** ¿Qué medicamento era, un psicotrópico, un tranquilizante, un calmante?

**R:** *Es, es un, es un medicamento para enderezar los nervios para que ellos no den falsas, falsas como se llama...*

**C:** ¡Información!

**R:** *Información, se llama Valcoter, los médicos le dicen Valcoter eso se lo colocan a los epilépticos y me lo colocan a mí es para eso, para que no me mande malas informaciones él, los nervios al cerebro y el Dr. me mejoró así: rápido, rápido. Después este eché para atrás otra vez con otra depresión fea que llegué llorando, llorando y ay, me duele, y ay, no aguanto y allí me vio tan mal que agarró como cinco, cinco cápsulas y me las dio a tomar allí en la consulta y a los tres minutos ya yo estaba conversando con él muy tranquila, muy tranquila o sea que, el Dr. R, él sabe lo que yo tengo; él dice que yo sufro de altos y bajos o sea, no me puedo alterar ni tampoco entristecer, que no puedo recibir noticias tristes, estar con personas tristes, pensar tristemente no; estar tranquila, con alegría, pensar, pensar que la vida es bonita, que la vida me da todo y no alterarme, me alteran más los nervios, me pongo, me pongo, me pongo histérica, me pongo un poquito, un poquito trato de, de recordar todas las cosas que me dijo el Dr. V que, que enseguida cambio porque él, él me trató muy bien, él me quiso mucho, mucho, mucho, él decía que estaba muy joven, que tenía que, que vivir; que tenía que vivir, tenía que ser otra, tenía que ser una mujer alegre, positiva, este disfrutar, que cuando me insultaran que no olvidara nunca de que las palabras se las llevaba el viento; me dijo: Señora Rose, usted sabe que las palabras se las lleva el viento, usted es una mujer inteligente, no haga caso, no haga caso cuando la ofendan, cuando le digan cosas.*

**C:** Me mencionaste hace rato algo vinculado a Dios en el sentido que le rezabas, le pedías por tu salud. ¿Crees que de alguna manera Dios tiene también algo que ver con tu enfermedad, con tu situación de incomodidad, digamos de trastorno?

**R:** *De trastorno.*

**C:** ¿Tú crees que tiene alguna vinculación?

**R:** *Él me escucha, porque cuando le pedí que me llevara hasta el médico que me iban a curar, me llevó hasta que la consulta del Dr. R y nos dio para pagar la consulta que es súper costosa. Hubo una amiga que me dijo que yo pertenecía al pueblo de Dios y que me había dado nalgadas y que me había tirado a la cama para que buscara de él, para que buscara de él. Esa amiga, esta amiga me dijo que Jesús, Jesucristo me había, me*

*había tirado a la cama para que buscara de él y fue cuando yo busque de él, porque desde muchacha siempre he sido una bonchona, toda la vida he sido una bonchona y no, no le había dedicado tiempo a él y cuando estudiaba. Cuando yo estudiaba se me acercaban muchachos evangélicos me decían: el Señor te llama, el señor te busca, tú eres su hija que él te quiere hablar, él quiere que tu estés con él, que vayas a la iglesia y, allí yo les decía, el pretexto era mi mamá; mi mamá es católica y no me va a aceptar y yo le obedecía a ella. Ahora, cuando yo me enfermo, que mi amiga, tiene visiones; ella ve visiones, ella me decía que, que en mi vientre me habían dejado unos coágulos, junos coágulos de sangre! Y, me habían dejado sucio, el sucio era otra cosa que sí lo hubo, sí me lo sacaron, este yo le dije: No te metas con mis tres médicos porque son tres cirujanos muy buenos y ella me dijo: Serán buenos, pero ahí hay sucio, entonces una vez una amiga de mi mamá del fondo de mi mamá agarró; estaba muy mal, me sentía muy mal y, yo solamente me siento bien con el tratamiento del Dr. R, me lo tomo y como si no pasara nada y puedo hasta bailar, echar broma, hasta tomar bebidas alcohólicas. Vino Nancy, mi amiga y me dijo: Vístete que te voy a llevar para que él, el parapsicólogo; que el parapsicólogo es, es un espiritista K veía por ahí por Amparo, para que te vea, porque ese hombre es hijo de, de personas haitianas y tú sabes que los haitianos manejan esas, esas situaciones.*

*Entonces me llevó cuando el hombre me ve por una cuestión cristalina, y unas piedritas, y unas cositas y bueno él me dijo que si yo sabía que me habían hecho un trabajo para matarme y yo le dije: Sí, pero nadie ha querido sacarme esto. Yo sí se lo voy a sacar me dijo él, yo sí se lo voy a sacar, entonces agarró en una de las consultas, me acostó en la camilla y estuvo allí mi hermana y le dije: Bueno si usted me va a operar me dijo, porque hay que operarla le dijo a mi hermana y yo le dije a mi hermana: Salte de aquí porque lo que me hicieron a mí es malo, es malo Yudith no, no, no; no se te vaya a pegar no te vayas a contagiar. Ella no se quiso salir cuando él usa una espadita no sé si era de oro, pero es una dorada me la pasa por el vientre, por mi mis operaciones eso me duele horrible como si me hubiesen roto Mario, como si me hubieran roto y eso fue todo espiritual, cuando él abre agarra las pinzas y saca, dice Yudith que se ve, que se vio cuando él sacó, jaló el coágulo y cuando jala el coágulo, Yudith se desmaya.*

**C:** Tu hermana se desmaya.

**R:** *Mi hermana se desmaya al ver eso lleno de sangre, vivo; ella se desmaya y a ella la sacan y él continúa sacando y me saca una tripa, me dice él: Te saqué la tripa que te dejaron, que la enfermera te metió en el momento de la operación y le dije ¿Tripa? Sí, esta es la apéndice y yo le dije: Déjeme verla. La agarré en la mano y la vi y le dije: ¡Esa es una apéndice! por los libros, yo la conozco, me dice él. Eso se lo metieron porque las brujas del lado de su casa junto con la guajira se pusieron de acuerdo, le pagaron a la enfermera para que le metiera eso y usted se pudriera y se muriera y, entonces yo le dije: Eso es cierto porque nunca se consiguió en mi operación el apéndice; nunca y mi médico D estaba bravísimo porque no encontraba esa, esa pieza que tenía que hacerle biopsia, porque como yo sufro de colón por tantas amibiasis, yardias y parásitos y hasta la solitaria, la tenía me ha salido, él estaba muy mal porque eso se había desaparecido.*

**C:** Relatabas la parte en que el doctor estaba buscando el apéndice que te faltaba para hacerle la biopsia y no lo encontraba; cuando estabas con el doctor K.

**R:** *Sí, estábamos con el parapsicólogo K sacó eso y dio la instrucción de que no me fueran a dejar sola a las tres de la tarde, bueno, él sabía lo que me iba a pasar; entonces Javier no me dejó sola y Roberto y todos mis hijos y mi amiga Nerva, todos estuvieron a esa hora y yo me abrasé, Javier se sentó en mi cama y yo me senté con él encima a temblar, a temblar.*

**C:** ¿Por qué a las tres de la tarde?

**R:** *No me explicó, debe ser que a las tres de la tarde es una hora buena para los brujos, para trabajar debe ser.*

**C:** Bueno, según cuenta el cristianismo a las tres de la tarde fue la hora en que murió Jesús ¿Crees tú que tenga alguna relación con eso?

**R:** *Sí, puede ser, puede ser que la usen, usen ese, esa hora porque ellos les gusta usar partes bíblicas, ellos les gusta ese doctor de quien te acabo de hablar que era amigo de mi papá, trabajaba en la policlínica Maracaibo era un señor especialista en Urología, cirujano y...*

**C:** ¿Un doctor que no es el doctor K, es otro doctor que era cercano a ustedes?

**R:** *Sí, el doctor ginecólogo también y...*

**C:** Me hablabas hace poco de un doctor amigo de la familia, ¿Podrías recapitularme un poco sobre eso?

**R:** *El doctor Ro era amigo de mi padre; mi padre era barbero y era quien le cortaba el cabello y era quien trataba a mi padre de cualquier cosa que presentaba porque mi padre le había dado cuando yo nací un derrame cerebral fuerte, que estuvo dos años inconsciente en cama y él fue quien lo levantó y cuando a mí se me presentaron esos dolores y esas cosas en la cabeza pensé en el doctor Ro y fui, y cuando fui a su consulta casi no llegaba Mario del dolor fue algo extraño. Llegué, y no podía entrar y cuando entré, le toqué la puerta que tenía pacientes, dando gritos, llorando y él salió corriendo y me abraza y me dice: Mi amor ¿Qué tienes? Doctor es que tengo un dolor que no lo aguantó y una desesperación muy grande en mi cabeza que no la aguantó y le dije: Y usted fue el que operó a mi padre y usted lo curó de todo y entonces me preguntó quién era. ¿Quién es tu padre? Ya papá murió era Belarmiro Guerra, su barbero. Ah!, mi gran amigo. Entonces me volvía a abrazar más fuerte. Vente para acá, me metió en otro sitio de su consultorio, vente para acá ya te voy a atender; cuando me atendió, me dijo: Mi amor tu enfermedad no es de este mundo; tu enfermedad es un fenómeno y estás trabajada; pero yo, no entendía nada. Ahí si estaba de verdad yo creo que loca porque no entendía nada.*

**C:** ¿Qué tiempo fue eso más o menos?

**R:** *Antes de las operaciones eso fue como en el noventa, cuando él me trataba, cada vez que me veía prendía muchos cigarrillos se ponía muy nervioso, muy nervioso y me decía... entonces había... Mario no pude volver..., no volví sola, no pude; me llevaba mi hija Yoselin o a mi hermana Yudith.*

*Hubo un caso, un día que me las llevé a las dos, yo estaba muy mal y bueno me puso en la cama, en la camilla y les mostró mi carne vaginal...mente, les mostró por dentro y les dijo:*

*Esta carne que ustedes ven aquí, esto rosado, eso significa salud; eso significa sanidad; ¡Sí!, eso significa juventud; ella, parece una niña de, de quince años; Yo tenía cuando eso treintiseis años. Y les dijo: Ella parece una muchacha y puede parir tres veces más, lo que pasa es que yo tengo que hacerle algo a ella y sacarle lo que le pusieron porque no se me olvida nunca, pero yo ahí no lo asumí ni lo creí; ni lo creí yo le creí fue a mi pastores, ahí a ellos, sí les creí y bueno...*

**C:** ¿Cuáles pastores?

**R:** *Los pastores de la iglesia bautista que pertenezco yo.*

**C:** ¿Qué te decían ellos?

**R:** *Que el Señor les había manifestado que yo estaba trabajada con, como dice la Biblia, con trabajos de hechicería.*

**C:** Eso fue mucho antes de que la operación. Fue a muy temprana edad, ¿Qué edad tenías cuando ellos te comentaron eso, te hicieron ese tipo de planteamiento?

**R:** *Después de la operación, después que me sacaron los coágulos de sangre, la apéndice que decidí que ya Ch no me quería tratar, que mi pastor oró y le dije que hiciéramos un pacto con el Señor y le dije que le pidiera al Señor; yo no sabía orar hasta el extremo de él pues, como él había estudiado, porque para orar hay que saber orar como dice la carta de Santiago y cuando mi Pastor Carlos se arrodilló hizo el pacto y le pidió lo que yo le pedí que no me dejara en manos de Satanás, que no me dejara en manos de sus secuaces, de sus demonios, que me reestableciera y, que no me dejara morir en sus manos; que no dejara mi alma en las manos de ellos porque si aquí había sufrido, entonces iba a sufrir más o que me diera un descanso, una muerte con él; que viniera él con sus ángeles y me llevara, puesto que la Biblia dice que uno al morir en Cristo, uno va a dormir, no va uno a sufrir; uno va es a dormir dice la Biblia, eso es lo que yo creo y lo que yo le pido Señor, tú es que me dices a través de tu palabra que el espíritu vuelve a ti; envíame entonces el descanso, pero de esa manera. Cuando me tomé las pastillas oré y le dije: ¡Señor!, ya no puedo más, le dije.*

**C:** ¿Eso fue en el 2006... no?



**R:** *En el 2006, ya yo conocí al señor, ya estaba bautizada, yo le dije: ¡Señor!, ya no puedo más, perdóname por lo que voy a hacer porque va en, en contra de tus preceptos, pero no puedo más Señor y estando... vuelvo con la consulta del doctor Ro y le dice el doctor Ro a mi hermana y a mi hija: Si a mí me llega a pasar algo malo no permitan que ella se opere porque la echan a perder. Si a mí me llega a pasar algo malo, que ella no se opere porque ella no está de operación, ella se podrá operar si presenta alguna enfermedad a partir de los 45 años, pero no de 34 años, ni de 35.*

**C:** Es decir que, ¿Biológicamente estás sana, tu cuerpo no tiene ningún tipo de trastorno, ni disfunción; nada de eso?

**R:** *Nada porque hace quince días, me vio el doctor M que es obstetra y ginecólogo me vio y le dije: ¿Cómo están esas carnes? y me dijo: Están perfectas, están bien. ¿Qué color tienen? Están bien, porque el doctor Ro dice que cuando están negras es porque es cáncer, entonces...*

**C:** Ya para finalizar ¿Cómo te sientes hoy en día?

**R:** *¡Hoy! bueno, como te expliqué Mario, el dolor del maxilar está allí, está allí como una presión; es una presión yo le digo que es como... a veces que es como un rechinar también, a veces, el dolor del vientre es a veces es muy fuerte que me hace, me hace gritar un poquito, el dolor digamos en los ganglios. El psiquiatra me dijo: Yo no, yo no le puedo tocar allí, ese no es me, mi especialidad; díglele a un internista y fui para que la internista amiga de... nuestra, de Marcelo y mío y me dijo, que aquí en los ganglios de aquí de las piernas, del vientre no tengo nada, que lo que tengo es el colón inflamado; lo que sí presento es el colón inflamado y, es que tengo Mario, por un accidente, tengo un desplazamiento en la C3. En la C3 tengo un desplazamiento y me molesta mucho el cuello a veces; a veces y bueno los dolores de cabeza los resisto para no tomar tanto medicamento. Cuando ya no resisto que ya sí pierdo como que me estoy volviendo loca; me tomo mi calmante, pero si lo puedo resistir no, no me tomo el calmante y se me quita solo.*

**C:** ¿Y de los síntomas que se ha denominado como depresión, de tu enfermedad mental, esos no te han vuelto a repetir? ¿No has vuelto a escuchar voces, no has vuelto a sentir nada de eso?

**R:** *No, desde que comencé a ir a la iglesia, que eso fue otro, otro de mis casos diríamos; otra terapia, eso fue otra terapia. Cuando comencé a estudiar la Biblia y comencé a estudiar por un año para que fuera bautizada, ahí aprendí mucho y cuando me bautizaron sentí cuando me sumergieron y me levantó el pastor y me dijo que estaba viva para el Señor sentí algo, la gloria del Señor, la alegría del Señor la sentí y me sentí otra, y me sentí hija de Dios, entonces vino el pastor y me, me recalcó; me dijo:*

*Mañana por la mañana me llama para levantarla de la cama lo que él sabía que me iba a suceder, quizás cuantos casos sería así que a las siete de la mañana yo estaba pero bien, bien petrificada, o sea bien acalambrada, bien diría dura en mi cama y le dije a mi madre:*

*Mamá llama al pastor Paiba porque no aguantó, no me puedo levantar, no puedo moverme las piernas para irme al baño. Y mi hermana llamó al pastor y el pastor inmediatamente llegó y me oró, reprendió, reprendió lo malo y enseguida me levanté, pero ya él sabía lo que me iba a suceder; ya él sabía porque ya el me lo había dicho y, cada vez que yo no podía entrar a la iglesia le decía mi hermana Carmen del Socorro: Hermana vaya a orar a Rose para que pueda entrar en la iglesia. Porque cuando comencé a ir a la iglesia llegaba y quedaba sorda y ciega y muda y salía corriendo entonces se me tenían que pegar atrás para agarrarme y meterme a la iglesia, allí me oraban, me abrazaban, me abrazaban mucho porque el diablo no conoce el amor, huye, huye... la Biblia dice que él no conoce el amor, porque el amor lo da es Dios, como lo dice la carta de Juan, el apóstol: el diablo no conoce el amor. Por eso es que por eso es que un psiquiatra le recomendaban tanto a mis hijos que me dieran amor, que me dieran calor, que me dieran cariño, atenciones porque el amor; la Biblia dice que el amor es lo máximo y el amor lo da es el Señor Jesucristo.*

**Segunda sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en este caso son los aspectos relacionados con sus médicos.**

**C:** *Rose, en el día de ayer nosotros estuvimos hablando acerca de tu enfermedad, cómo la sentías tú, desde cuándo... Hoy quiero que me hables acerca de tu relación con los médicos que te han tratado; es decir, cuántos médicos te han tratado, cómo te han tratado, en cuáles has estado*

en desacuerdo con ellos, en qué no has estado de acuerdo con ellos, es decir, quiero saber cuál ha sido tu relación para con los médicos.

**R:** *¡Hola Mario, buenos días! mi relación con mi primer psiquiatra con quien traté, con quien traté mucho por tres años haciéndome terapia, el doctor V. Al principio teníamos algo de encontronazos, sobre todo por el cigarrillo y sobre todo porque yo no me quería tomar el tratamiento como él decía: al pie de la letra; sino que tomaba el tratamiento como yo lo creía conveniente porque el antidepresivo me daba mucho estreñimiento y la pastilla para dormir me hacía dormir demasiado; tanto, que cuando me dormía por la noche, donde me dormía ahí quedaba hasta el amanecer y... bueno yo le decía que yo no iba a tomar más ese medicamento y él decía que si no cumplía el tratamiento no me iba a curar.*

*Con respecto a las terapias que eran muy fuertes, muy fuertes porque me indagaba, me interrogaba a fondo, desde que era niña hasta esos días y, me preguntaba de lo de mi niñez, cuánto había padecido; cuando le hablé por primera vez de mi niñez, que les dije que vivía encima de mi papá, porque estaba enfermo, había sufrido un derrame cerebral y había estado dos años en cama, esos dos años que mi papá estuvo en cama no los recuerdo porque yo tenía tres años de haber nacido, pero ya así después cuando él logró hablar y caminar y así lo vi, entonces, pero ¿Qué vi? Un padre con una tensión alta, un padre con dolor de cabeza, un padre con mal genio y, el doctor V me dijo que yo había adquirido esa situación de enfermedad, había aprendido a ser enferma, a través de la enfermedad de mi padre puesto que él me buscaba como juguete, como una compañera, porque mi madre estaba trabajando en una máquina de coser y él en su soledad me buscaba a mí y, ¿Qué tenía de mí? Atenciones, cariño; todo, todo... él para meterse al baño su hermano le había hecho una, una sillita sin espaldar, se ponía, se metía con sus interiores, de esa de short y yo lo bañaba, le lavaba la espalda, le lavaba la cabeza, yo lo aseaba todo, lo secaba; le sacaba las canas, le sacaba las espinillas, le cortaba las uñas de los pies y de las manos. Estaba pendiente de su medicamento; entonces el doctor V decía que yo había asumido eso como una enfermedad para mí porque él no se explicaba por qué yo siendo tan bien alimentada en mi niñez me enfermaba tanto, sobre todo enfermedades infecciosas. Yo, comiendo como comía, de la forma como comía ¿Cómo comía? Balanceado, o sea; ensaladas, sopa, pescado lo que comía*

*mi padre, porque yo comía con mi padre. El día de carne era mucha carne, mucha sopa, mucho jugo de fruta natural y él no se explicaba el porqué yo tenía que enfermarme tanto de los ojos, de la garganta y me salían muchos, mucho... ¿Cómo llaman... los tumores en la piel?, ¿Accesos? accesos, me salían demasiados, muchos debajo de la nalga, por las piernas.*

**C:** ¿Para qué fecha es cuando tú estableces la primera relación con el primer médico psiquiatra?

**R:** *¿La fecha?*

**C:** ¿Qué recuerdas?

**R:** *Con el primer médico psiquiatra que dijo que yo no estaba enferma de los nervios fue en el año 1992.*

**C:** Y... con el primero que dice que tú en realidad sí te encuentras enferma, y que necesitas tratarte con un médico psiquiatra.

**R:** *De eso sí no me acuerdo, pero vamos a sacar cuenta; eso sería en el año mil novecientos... mil novecientos... pasó la operación; mil novecientos noventa y dos, la última operación yo creo que sería en el mil novecientos noventa y tres o mil novecientos noventa y cuatro que él me trató muy, muy bien: el doctor V, pero me regañaba mucho, muchísimo porque yo no cumplía con mi tratamiento como debía ser. El luchaba mucho conmigo, me atendía de maravilla en el psiquiátrico. Porque él todavía estaba en el psiquiátrico... más, me dijo: Señora Rose cuando yo me gradúe yo le voy a regalar mi consulta. Mira lo que me dijo: Yo le voy a regalar mi consulta en la clínica donde vaya a trabajar porque usted es mi caso, mi caso, mi meta, yo quiero curarla a usted y esa va a ser mi meta: Sanarla porque eso lo voy a llevar yo a mis...*

*¿Cómo llaman ellos? Como un postgrado pues; como un postgrado. El doctor V con mucho carácter, el carácter muy fuerte, muy fuerte. No me mostraba cariño, pero sí me mostraba, me daba atenciones: ¡Mucha atención!, mucha atención, y hubo un tiempo que fue hacer un postgrado; ellos le dicen otro nombre, ahorita no recuerdo y se me perdió el doctor V y cambié de médico, me fui para que el doctor G está en la clínica Falcón y G, me pasó de droga me puso a tomar dos miligramos de Rivotril, me pasó de droga que casi... no sé como la estoy contando porque me iba a*

*morir; me iba a morir; no podía caminar, no podía comer, era llanto, llanto, llanto, temblor, mucho temblor; demasiado, entonces, conversé con él y le dije que ya que él me había puesto así que diera la orden en el psiquiátrico para que me hospitalizaran porque lo llamé a reflexión y le dije: Tú tuviste la culpa de que yo esté así, entonces, vino él como tiene allí un alto cargo me dio la cama, me dio la hospitalización; esa fue mi segunda hospitalización donde, él no me atendió porque él no atiende allí casos creo o atiende los casos de los drogadictos, no de enfermos. Y, me volvió a retomar el doctor V que fue cuando me desintoxicó y para mí, estaba muy pendiente de mí y cuando me desintoxicó eso fue terrible. Terrible la hospitalización allí, viendo las muchachas desorbitadas, todas desorbitadas; más yo no estaba desorbitada porque yo me miraba al espejo y me veía mis ojos normal y no temblaba, pero sí no podía caminar porque no tenía fuerza en la pierna y el doctor estaba muy pendiente de mí porque tenía miedo, porque tenía al lado de compañía a una drogadicta que consumía cocaína y él estaba muy asustado por mí, demasiado asustado por mí, pero no tenía otra opción; no había otro piso donde yo pudiera estar, que... una enferma... claro que si estoy...yo digo que si tengo una enfermedad mental porque no le doy nombre a lo que yo siento, a lo que yo siento... mi mente es entonces la que produce de que yo... de que a mí me den todas esas cosas porque en estos días murió un primo segundo donde yo lo quise mucho y una amiga que es como mi hermana que le dio un ACV y me puse a morir, a morir; entonces, sí las malas noticias, sí lo que sucede cuando se me muere alguien que yo amo, que yo quiero. Sí, me ponen muy mal, o sea, a trabajar el cerebro como digo yo, como un remolino. Me ponen a orar mucho, no pienso cosas malas; pienso al contrario en el Señor y comienzo a orar, y a orar, y a orar, y a orar; pero mi organismo lo siento que me está llevando a lo que siempre me lleva: al temblor, a la crisis, como dice el doctor R, a la crisis nerviosa.*

**C:** Después de esos dos doctores, después de haber visto a V, ver a G, ¿Qué otros médicos te han tratado? ¿Me puedes comentar acerca de eso?

**R:** Sí, el doctor R...

**C:** Después que sales de V, de la hospitalización del psiquiátrico; ¿Entras de nuevo con otros doctores?

**R:** *Con un doctor, el doctor R quien hace todos los... sus... ay Dios mío, cómo se llama, no recuerdo.*

**C:** ¿Tratamientos? ¿Prácticas?

**R:** *No, como prácticas, como postgrados fueras del país en Alemania, en Washington, en Suiza; lo hizo en Suiza.*

**C:** Sus estudios de especialización ¿Los hace en el exterior?

**R:** *Sí, sí, sí... pagos por él; el costo pagado por él. Ese hombre debe ganar mucho dinero porque le va mucho paciente sobre todo muchachos jóvenes que han sido atracados; porque me lo han dicho cuando estoy en consulta: en sala de espera y...*

**C:** ¿Cómo fue tu relación con él?

**R:** *Muy, muy bien, un hombre muy tratable, un hombre mu... todo lo contrario de V, muy cariñoso, no hablaba, no preguntaba iba todo al grano, a mi organismo. Preguntaba cómo, qué sentía en la cabeza, qué sentía en el maxilar, qué sentía en el estomago, qué sentía en mis brazos y yo le iba contestando poco a poco y el tratamiento que él me indicó me cayó muy mal, o sea, me cayó tan mal Mario que cuando me fui a levantar en la mañana caí, menos mal que yo duermo con la nieta al lado en el colchón; ella duerme conmigo en mi cuarto y cuando me fui a levantar, menos mal que la niña ya estaba en el colegio y yo caí, entonces vino Marcelo y me insultó y me dijo: Entonces yo me voy porque si te vio el mejor psiquiatra de Maracaibo y no quieres poner de tu parte porque amaneciste peor, porque no quieres poner de tu parte y yo me voy y te dejo sola, me dijo así. Entonces yo pensé: Si esto... si yo me estoy muriendo, si estoy sintiéndome tan mal yo no voy a tomar el tratamiento pues para morirme.*

**C:** ¿No te lo ibas a tomar?

**R:** *Sí, me lo tomé al pie de la letra como dijo el doctor, me quedé sola, todo el día hasta que el llegó en la noche; cuando él llegó en la noche me preguntó que cómo me sentía y yo le dije: ¡Mal! entonces me dijo que él no aguantaba, que él se iba de la casa, que me iba a dejar, que él lo sentía mucho, que me quedara con mis hijos y yo le dije: Sí, okey, yo no te voy a obligar y me tomé otra vez el tratamiento y ya iba por el tercero*

*¿Verdad? La tercera dosificación, cuando en la mañana me levanté, me levanté como si nada hubiera pasado, o sea, era que el tratamiento era muy fuerte y que lo había rechazado porque era muy fuerte. Cuando me levanté, me levanté y fue a regar las plantas, fue a arreglar la cocina como si no hubiera pasado nada; después a la semana o a los quince días volví con el doctor y bueno, y él me vio de nuevo y me dijo: Señora Rose, usted se me iba a morir; usted se me iba a morir si yo no le receto ese tratamiento, usted se me muere; yo sabía que ese tratamiento la iba a salvar.*

**C:** Es decir, que ese tratamiento, a pesar que tuviste una recaída muy fuerte te resultó; a tu entender te resultó porque volviste a tus actividades normales.

**R:** *Volví a mis actividades normales y adiós crisis nerviosa, adiós crisis nerviosa y adiós taquicardia, porque es una taquicardia que me da que me vuelve loca Mario o sea, cuando me da, me da feo; se me sube la tensión y ese es el problema que de mi familia; todos han muerto del corazón y ACV y de derrame cerebral. Mi padre lo tuvo, su hermano de cuarenta años lo tuvo; a los cuarenta años murió por un derrame cerebral y todos mis primos han muerto de trombosis, a mis hermanos dos murieron de trombosis; una de ACV y una de trombosis y los internistas me dicen a mí que yo estoy allí, ahí estoy en la línea de la estadística como que si me, me, me va a dar si no me cuido, si no dejo de comer sal.*

**C:** Y después del doctor R ¿Qué otros doctores te han seguido viendo o has tenido cambios o te ve actualmente él?

**R:** *Me ve actualmente él, no lo cambio por ninguno.*

**C:** ¿Con qué regularidad tienes consulta con él?

**R:** *¡Bueno!, hemos dejado. Marcelo me ha dejado de llevar estamos en eso que me llegue una platica para irme a ver con él, porque él dice que no debo dejar de ir, no debo.*

**C:** ¿Quién lo dice?

**R:** *El doctor R sí porque cuando me da la crisis, me da que yo digo que en un momento de esos, que ojalá que no me vuelva a dar, puedo caer muerta.*

**C:** Si el doctor te ha tratado tan bien, si sus tratamientos hayan dado tanto resultado, ¿Cómo explicas tú las nuevas recaídas?

**R:** *Exactamente, eso es lo que él no se explica, lo que él no cree que si yo me estoy tomando el tratamiento; nos dice: ¿Por qué yo me pongo así? Pero me tuve viendo me con el doctor R sufrí una recaída que no recuerdo cual fue el motivo; yo creo que fue un disgusto con Marcelo ¡Sí!, fue un disgusto con Marcelo que me llevó a ese extremo de que estaba temblando, malhumorada; ahí me puse malhumorada que yo no, a mí no me gusta estar malhumorada no, no, no es mi, mi estilo; lo mío es estar con una sola guachafa, una sola risa.*

**C:** Contenta, alegre.

**R:** *Contenta, alegre, bailando, sí disfrutando, cantando. En el segundo sí hubo un motivo.*

**C:** ¿En qué segundo?

**R:** *En el segundo, en la segunda recaída con este doctor. Como me lo dicen todos los médicos que me ven. La eminencia, lo llaman la eminencia al doctor R.*

*Nos atracaron y nos quitaron el carro y vi que estaban apuntando a Marcelo en el hígado y yo estaba montada en el carro y el hombre no... Marcelo no daba las llaves y el hombre tratando de abrir la puerta y yo que no se la abría y, cuando entregamos... Marcelo entregó las llaves, yo entregué el celular porque vi que no nos lo pidieron y dije: Nada, esto es que no van a entregar el carro y lo van a negociar y, tiré mi celular y por eso fue que Marcelo se comunicó con ellos. Recuerdo perfectamente que Marcelo quedó en el portón de la acera y yo subí porque la casa de Roberto tiene por subida por... subí por el garaje que rampa; no por el portón pequeño que son escalones sino por la rampa y me senté en la sala, allí sentí que las piernas se me fueron, allí sentí que las piernas se me fueron y sentí una cosa muy fea en la cabeza y un temblor; entonces me preguntaron que qué había pasado y le dije: Acaban de atracar a Marcelo. Allí caí en depresión; allí caí en depresión, entonces, cuando Marcelo me lleva a la consulta de emergencia, él preguntó: ¿Por qué la señora Rose está así? Tuvo que haber pasado algo o no se está tomando el tratamiento. Marcelo*



*le dijo: Sí se está tomando el tratamiento, pero nos atracaron, entonces dijo: Eso fue. Eso era el motivo, dijo él.*

**C:** Tú me contaste ayer de un episodio que fue el seis, seis del dos mil seis en el cual tú intentaste acabar con tu vida. En este momento, ¿Tú estabas bajo el tratamiento de algún médico?

**R:** *Estaba con el tratamiento del doctor V, que él fue el que dio la orden de los medicamentos que me iban a colocar para lavarme el estómago, porque sí fui afectada. Los medicamentos que me tomé... estuve cuatro horas dormida, dormida, dormida totalmente. Él, por supuesto, me regañó, por supuesto. Bueno, ya él lo sabía porque yo siempre le decía: Doctor yo tengo ganas de quitarme la vida porque yo no me voy a curar nunca. Yo veo que usted cura a todo el mundo, le decía, veo a los enfermos que llegan aquí grave, que no pueden caminar, que tienen la vista desorbitada, que caminan con la cabeza hacia abajo como llego yo a veces y usted enseguida los levanta, los cura y usted, o sea, yo veo que usted no me va a sanar a mí. Perdóneme que se lo digo, porque usted es un doctor que la NASA lo ha pedido y usted rechazó el contrato de la NASA, porque no quiere que sus hijos queden solos mientras usted está todo el día en la NASA; usted me dice que lo absorbe la NASA y sus hijos van a quedar solos y no quiere tener hijos drogadictos y un doctor como la talla de usted, no... yo no debería estar así, debería estar ya sanada.*

**C:** En síntesis, nosotros podemos hablar de que a ti te han visto entonces tres médicos psiquiatras, el doctor V, el doctor G y el doctor R. Para concluir ¿Cómo crees tú que ha sido la relación que ellos han tenido contigo y la relación que tú has tenido con ellos?; es decir, ¿Ellos se han hecho eco de tus planteamientos cuando tú no estás de acuerdo con algún medicamento?

**R:** *El tratamiento del italiano, del hijo del italiano, el doctor V siempre fue impuesto, siempre me trató imponiéndome todo. Siempre, siempre regañándome, siempre diciéndome por qué yo no me tomaba el tratamiento porque no, no alcanzaba el dinero para comprar el tratamiento; ahora resulta que por nuestro Dios, nuestro señor Jesucristo, por el doctor V me da el seguro social el tratamiento con una orden de él. Luego que él me dijo que ya habíamos terminado con las terapias, no quise molestarle.*

*Cuando caí en la crisis de muerte fui al...a Marcelo le recomendaron al doctor R y como una eminencia, como alguien que levanta a una persona; en quince días le dijeron a él.*

*No, a mí me levantó en tres días, en dos días el doctor R muy, muy sutil; muy, muy cariñoso, muy amable; condescendiente. Como los medicamentos me cayeron mal y yo no lo llamé, él no me impuso nada, sino que era que yo me estaba yendo; que me estaba muriendo lo hice, lo hice y resulta que, era que en...*

**C:** ¿Qué hiciste?

**R:** *Que me tomé el tratamiento sintiéndome mal, cayéndome mal, rechazándolo; rechacé todos los medicamentos es...el... la noche, el día y por la noche y al otro día...al tercer día me levanté sin sentir nada; sin sentir mareo, sin, sin irme y caerme ¿Ves? Y bueno, no molesté al doctor R, sino que fui a la semana, esa vez fue a la semana y estaba en congreso. El lo que hace son congresos fuera de Venezuela y él me vio perfecta, me vio perfecta; incluso, me dijo que tenía buena piel, me agarró por los hombros, me apretó los brazos y me dijo: Tienes muy buena piel, cuídate mucho.*

*Me dijo: Señora Rose, cuando yo la vi a usted en ese estado a mí me dio mucha tristeza, me dio mucha, mucha cosita con usted; no se me vaya a volver a poner mal y bueno, no lo he vuelto a ver más y él es del que cuando el paciente está muy mal, él sale de su consultorio con el paciente; detrás del paciente hasta que sale; o sea, muy atento, es muy atento. Debe ser que tiene mucha educación con esos congresos que ha hecho, figúrate tú en Suiza, en Washington; no digo está bien; muy bien preparado, sabe mucho.*

**C:** Además de esos médicos que has tenido cierta continuidad con ellos ¿Has tenido algún tipo de relación muy breve con algún otro médico?

**R:** *Con psiquiatras no. Psiquiatra solamente el doctor R y el doctor V; con ginecólogo internista...*

**C:** ... y G.

**R:** *Con G, pero G como está acostumbrado a tratar en la granja con los drogadictos, él me trató como drogadicta.*

**C:** ¿Cómo te trató?

**R:** *Como así con los medicamentos. ¡No! de cariño, ¡Bien! G es muy cariñoso y da mucha confianza, pero me volvió loca con el Rivotril; tanto fue Mario, debemos hablar de esto: fue de película, tanto fue que me...*

**C:** ¡Hablemos!

**R:** *Me sobrepasó de droga y cuando yo sentí ese rechazo a la droga comencé a temblar y a llorar y mi hija me llevó para el psiquiátrico que estaba el doctor V allí todavía, fue cuando yo hablé con G: Tú te tienes que hacer responsable de esto, porque tú me pasaste de droga. Es que él fue el que dio la orden para que me hospitalizaran, entonces el doctor V por la orden que había dado y G me hospitaliza y me desintoxica a través de la vena intravenosa; o sea, me inyectó algo, no sé cómo se llama, para desintoxicarme y unas ampollas para desintoxicarme que me las inyectaba por los glúteos me dolió muchísimo, fue horrible, fue terrible. La hospitalización más grave que yo tuve; me tuvo que sacar por la muchacha drogadicta que no quería que esa muchacha me hiciera daño porque yo estaba tan débil que él no quería que esa muchacha me hiciera daño; una muchacha jovencita porque esa muchacha era paciente de él y la muchacha trató de darle una cachetada, una bofetada al doctor V y él, le agarró los brazos en el aire; entonces dijo: Nada, esta muchacha me le puede dar, me le puede hacer daño a la señora Rose; más yo era su malcriada, entonces, hubo un día que él se daría cuenta; digo yo, que le presté los cigarrillos a las seis de la tarde una caja entera y ya a las ocho de la noche no tenía un cigarrillo en la caja y, entonces se lo reclamé y le dije: Cómo te me vas a fumar los cigarrillos y ahora en la noche. ¿Qué voy a fumar yo si tengo insomnio? Entonces las enfermeras como que le dijeron a él, inmediatamente me dio de alta, inmediatamente me dijo:*

*Señora Rose, yo no puedo aceptar de que usted esté al lado de esa muchacha; no puedo porque su enfermedad es diferente a la de ella.*

**C:** En resumen, ¿Cómo calificarías entonces tú la relación con los médicos?

**R:** *Sí, ellos siempre me han tratado bien, me han querido escuchar, han tenido mucha paciencia. El primero que con quien yo traté con las te-*

*rapias, fue con el doctor V que fue quien me enseñó a vivir porque yo no... yo estaba desorbitada. Con esos dos años estuve en cama sin poderme levantar, con esas cosas que yo tenía prensada en mi mente, en mi sien yo tenía cosas, cosas terribles.*

**C:** ¿Cosas como cuáles? ¿Como las que me acabas de señalar hace rato?

**R:** *Como que me quería quitar la vida, como que vivía llorando por mi pobreza, mi tristeza, que era incomprendida por mis hijos; eso fue antes de conocer a Marcelo, antes de entrar a la iglesia. Cuando entré a la iglesia cambié muchísimo.*

**C:** ¿Hace cuánto tiempo que entraste a la iglesia?

**R:** *En el 1995, recuerdo. En el 1995 fui bautizada, mis pastores me atendieron... atendían muy bien. Cuando allí, no me veían psiquiatras. Mi psiquiatra era el señor Jesucristo. Cuando caí en crisis, el pastor yo lo llamaba y él me oraba por teléfono, hasta el otro día que él se aparecía en mi casa a orarme.*

**C:** Ahora, cómo evalúas tu situación antes de ir a los psiquiatras y después estando con los psiquiatras.

**R:** *Me sentí muy, muy, muy bien con el doctor V, con las terapias de mucho valor; o sea, tiene mucha sabiduría, muy bien con sus medicamentos, muy bien con sus regaños cuando le decía algo o le preguntaba algo de su vida privada, que era por encimita así me contestaba: Sin comentarios. Muy cortante el doctor V, pero él me decía que me quería mucho, lo llamaba por teléfono y en el acto me contestaba, me atendía; el doctor V me enseñó a vivir, a vivir porque yo no sabía qué hacer con mi vida, no sabía.*

*Él, cuando me ofendía, cuando mis hijos me ofendían muy feo me llamaban loca, trastornada, que yo estaba loca, que yo estaba mal, que no tenía sanación. Yo se lo contaba a él y él se entristecía y me decía: Señora Rose yo le quiero decir algo a usted y, le quiero decir la verdad para que usted siga adelante y no se me esté entristeciendo, no se me esté deprimiendo; usted no está enferma mentalmente; usted lo que tiene es*

*depresión; una depresión muy brava, pero usted es muy inteligente o es que no se ha dado cuenta que usted es muy inteligente. Bueno, terminaron las consultas de él con respecto a las terapias y me envió para que un doctor que se llama Ge que está en la Universidad del Zulia que hace hipnosis y, el doctor Ge muy, muy cariñoso muy... es sutil, es amable, es todo, me daba las citas y me recibía el tiempo que yo quisiera en su sillón de descanso, pero cuando el doctor Ge me estaba tratando yo comencé a sufrir otra vez del estómago y, no podía concentrarme más. Era dolor y temblor; dolor y temblor y después perdí el contacto con él, aunque yo tengo su celular. Yo podría volverlo a llamar y él me puede dar de nuevo otra vez la cita, pero como conocía al doctor R quien me mejoró tanto he dejado al doctor Ge para otra cuestión; para después porque el doctor V dice que toda mi enfermedad viene de mi niñez, desde el maltrato que me daba mi hermano que era un alcohólico y mi matrimonio, mi ex marido me maltrató demasiado, demasiado, o sea, que cada día esos maltratos mientras yo era más sumisa, mientras yo era más cariñosa, más atenta, más trabajadora él se ensañaba más contra mí.*

**C:** ¡Perdón!, me estás hablando de la persona que actualmente te acompaña, que me has nombrado antes como Marcelo ¿Es esa persona?

**R:** No, ese es el hombre de quien yo me divorcié, el hombre con quien yo me casé, mi primer novio, el padre de mis tres hijos. Ese es el padre de mis tres hijos.

*Bueno cuando volviendo a los médicos, cuando entré con el doctor R, no me impuso que me tomara los medicamentos para nada, para nada sólo me decía que tomara el medicamento como él me lo indicaba porque era la forma en que yo iba a salir de la de la crisis y, así fue, o sea, un médico condescendiente, un médico amable; un médico con mucho, mucho, yo diría muy profesional, muy profesional el doctor; muy amable, muy bello.*

*Íbamos por el... algo... ahí venía algo importante. Ahí venía algo muy importante.*

**C:** Estábamos hablando del maltrato de tu primer esposo, que V te había recomendado algo al respecto.

**R:** *Bueno, él estudió mi vida, mi caso y dedujo que mi enfermedad venía primero de que yo atendía mi padre enfermo y, mentalmente adquirirí... él me enseñó a que yo me enfermara porque siempre fui una enferma, siempre.*

**C:** ¡Ya!, pero quiero recapitular lo siguiente: Si sintetizo un poco lo que tú me estás planteando desde el momento que entras con los médicos psiquiatras te encuentras mucho mejor que cuando estabas bajo la influencia de tu iglesia, de la iglesia a la cual tú perteneces. Te fue mucho mejor allí o con los psiquiatras.

**R:** *En la iglesia me fue emocionalmente muy bien, muy bello, muy bello, pero con mis médicos me he sentido muy bien, muy bien; sobre todo con el último que me ha indicado los medicamentos, que me hacen bien. Sólo que el doctor V me recetó el Valcoter dos veces al día y yo por ahorrarlo me tomaba una y eso fue el problema porque, me daba la crisis porque así me lo dijo el doctor R; el segundo me dijo: Por eso es que usted cayó en crisis porque no se tomaba los dos medicamentos.*

**C:** Tú me señalaste el caso de un profesor o de otro doctor Ge que no era un médico psiquiatra, sino que era un médico que tiene que ver con un área afín.

**R:** *Sí, sí es psiquiatra.*

**C:** Él también es médico psiquiatra.

¿Has tenido así algún contacto con otros médicos que no sean necesariamente psiquiatras que te hayan visto, vinculado a tu enfermedad?

**R:** *Anteriormente con mis médicos cirujanos, tú sabes que el médico trata mucho la psicología y ellos me ayudaban en el sentido de que me aconsejaban: Mira tú no tienes nada, tú lo que tienes son nervios. Fíjate que tu matriz estaba dura como una piedra, o sea, eso es una cosa muy extraña que a ti te digan eso y yo le dije: Ch y por qué ese es el profesor de la Universidad, le dije: Y eso por qué se puso así, a qué se debe. Al estrés en que tú vives me dijo, eso yo te lo hubiera curado con tratamiento y no te hubiera llevado a la cirugía. Él me dijo que mis ovarios estaban a la perfección, que lo que tenía era un quiste folicular de esos que van y*

*vienen que eso él me lo hubiese quitado con tratamiento. Él D me trataron psicológicamente, me aplicaron la psicología, me aconsejaban mucho, me decían cosas. En la última operación Ch me dijo: Vive tranquila; vive tranquila, vive tu vida, búscate una pareja, mira que estás muy sana, no te vayas a ir con el uno y con el otro porque acuérdate que hay un sida; no te me vayas a contaminar ¿Ve? Busca una sola pareja porque mira que estás bien sana porque yo te esculqué bien, y tienes unos, unos órganos muy sanos. Ellos, ellos me ayudaron mucho, incluso cuando yo le pregunté a Ch: ¿Ch, será que yo tengo sida? Y me dijo: Fue el primer estudio que te mandé a sacar y está negativo; Ch ¿Será que tengo las, las defensas bajas? Las tienes más altas que yo y tú te estás alimentando mal y todavía tienes las defensas altas. Y entonces, bueno, eso me dio seguridad para seguir viviendo y no pensar que tenía cáncer; como me decían las demás personas que yo tenía cáncer.*

**Tercera sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en este caso son los aspectos relacionados con su estadía en el Hospital Psiquiátrico.**

**C:** ¡Buenas, Rose! En esta tercera sesión yo quisiera, a petición tuya, que habláramos de tu estadía en el Hospital Psiquiátrico. Tú estuviste en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo que es una institución de carácter público ¿Verdad? Yo quiero que me cuentes: ¿Cuál fue tu vivencia cuando estuviste allí hospitalizada? ¿Quisiera que me dijeras el tiempo en que estuviste allí, qué fechas, quién te trataba, cuál fue el diagnóstico por el cual te tuvieron que llevar allí? ¿Cómo te trataron en el hospital?

**R:** *En el hospital, me trataron horrible, horrible, tuvo que hablar el doctor V para que dejaran el maltrato conmigo porque...*

**C:** ¿Qué tipo de maltrato?

**R:** *O sea, cuando me desperté, cuando fui hospitalizada no podía caminar, me llevaron en silla de ruedas para el piso, el siete. Cuando me acostaron me quedé dormida, total sin ventilador, eso estaba caliente, recuerdo que me acosté a dormir vestida y de pronto me levanté con unos dolores extraños, unos dolores que yo ya los había sufrido anteriormente en las operaciones y yo no me explicaba el porqué tenía que dolerme*

*eso igual a mí... a los post-operatorio, entonces, mi pregunta era: ¿Por qué estoy así, por qué me duele y por qué no resisto y porqué si estoy tan adolorida el doctor me deja aquí sola? Y comencé a sentir miedo, de repente me levanté y fui... la habitación que era justamente al cuarto de enfermería y estaba allí, había una negra y una blanca y le dije que yo no resistía el dolor de la espalda, de la parte lumbar y del vientre que me sentía sumamente mal que por favor me inyectaran algo para el dolor y me dijo que me quedara tranquila, que si no me quedaba tranquila me iba a amarrar y le dije: Si yo estoy aquí para que me quiten el dolor, yo no estoy loca, yo mentalmente no estoy loca, yo no estoy padeciendo de nervios ni de temblores, estoy tranquila, lo que tengo son dolencias.*

**C:** ¿Eso era en el hospital psiquiátrico?

**R:** *Eso fue en el hospital psiquiátrico y me volvieron a repetir: Vete a acostar porque si no te vamos a amarrar y yo les contesté: Ustedes a mí no me van a amarrar porque yo no me voy a dejar amarrar porque yo no estoy loca, yo no me voy a dejar manejar como ustedes manejan a las hospitalizadas aquí. Entonces, fui y me acosté, entró Marcelo y entró Adriana y les dije cómo me sentía, terriblemente mal, entonces, ellos no dejaron en que yo llevara una colchoneta porque entonces las demás iban a creer que yo tenía preferencia y que yo era la burguesa. Entonces, le dije a Adriana que me llevara acolchados para colocarle a la cama porque en los yerros de la cama me rompían, me estremecían las costillas de la espalda, más si me acostaba de lado; igual, no tenía almohada. En ese momento me llevaron la almohada, los acolchados y nada, seguía la molestia, pero a mi lado había una muchacha que había dado a luz y tenía la hemoglobina baja y le estaban subiendo la hemoglobina para poderla operar de la vesícula más yo me tranquilicé porque ella no era una enferma de mental.*

**C:** Es decir, que allí coexistían enfermas mentales y personas que no eran enfermas mentales.

**R:** *Así es, así es.*

**C:** Y, ¿A qué crees tú que se debía eso?

**R:** *A la falta de camas y a la falta de hospital de aquí en Maracaibo.*



**C:** Ya, pero quisiera precisar ¿Cuándo es que ingresas tú al hospital psiquiátrico, en qué fecha si te pudieras recordar, cuánto tiempo estuviste allí, cuáles son las razones por las cuales tú ingresas, qué médico te ingresa, verdad? Después profundizaremos un poco más sobre tu estadía allí.

**R:** *Bueno Mario, el año no recuerdo, pero vamos a precisar que fueron hace siete años, sería en el dos mil...*

**C:** Uno

**R:** *Uno.*

**C:** Dos mil dos.

**R:** *O dos mil dos. ¡Sí! Completo porque estaba mi hermana viva y mi hermano vivo; esa es la fecha, sin embargo, yo voy a proponerme a buscar los récipes primeros que sí los tengo, que no los he botado los del doctor V; que me ingresó fue el doctor V, me ingresó con la gastroenterólogo y la internista. Cuando ellas me hablaron, ellas me preguntaron lo mismo que tú me estás preguntando: Usted, ¿Qué cree? ¿Por qué está hospitalizada? ¿Qué cree usted que tiene? Entonces, ¿Usted cree que tiene una enfermedad incurable? Le dije: Sí, yo tengo una enfermedad incurable: los nervios, las crisis yo, no veo, no veo la sanación. Entonces, además, tengo yardias y el Metrobac me cae fatal y me deshidrata; ¡Estoy deshidratada! Y ella, me dieron la razón, me dijo que me iban a dar el medicamento con un protector estomacal que se llama Ranitidina que me la inyectaban por la vena eso me mejoró muchísimo, muchísimo; me mejoró muchísimo el estómago, pero los nervios siguieron. Eso es como si uno tuviera un cable de luz encendido, como si le metieran a uno electricidad igualito, igualito, igualito, igualito es igual que cuando uno se da un corrientazo en...*

*La hospitalización es pésima, uno tiene que llevar la comida horrible, los envases había que lavarse con agua porque no había jabón ni esponja mucho menos; entonces, Marcelo me llevaba las tres comidas y el jugo me lo guardaban en la nevera. Yo compartía mi comida con las que más estaban conmigo, con las que no tenían, con las que no estaban locas, con las que habían sufrido shock; como una muchacha que jovencita que consiguió el marido en la cama de ella con otra mujer y agarró un shock y la hospitalizaron y no la atendían y la inyectaban y ella no estaba nerviosa, ella no*

*estaba loca hasta que yo vine y le dije a Javier, a mi yerno, que me prestara el teléfono para que ella se comunicara con su familia y la pudieran sacar de allí porque no era justo que esa muchacha estuviera allí entre tantas enfermas mentales, entonces así fue y hubo un día que hubo un disgusto con una que limpiaba y trataron de involucrar a esa muchacha y yo le dije que ella no había sido, que no se metieran con ella y entonces vino la enfermera graduada y me gritó horrible, me dijo que si yo quería ser una líder allí, armar un bochinche que si no iba a participar eso a la Dirección porque yo estaba saboteando y yo le dije: No, un momentito, a mí lo que no me gustan son las injusticias y yo veo que se está haciendo una injusticia con esta muchacha y no la está atendiendo el psiquiatra; a ella no la ve diariamente un psiquiatra, entonces se quedó tranquila como que se lo comunicaron al doctor V y me dio de alta, me dio de alta.*

**C:** ¿Cuánto tiempo estuviste allí en el psiquiátrico?

**R:** *Cinco días estuve esa vez, cinco días; la segunda vez sí estuve una semana. La segunda vez me vi peor, la segunda vez.*

**C:** ¿Cuándo fue eso? ¿Por qué razones? ¿Qué tiempo hubo entre la primera hospitalización y la segunda hospitalización?

**R:** *Bueno, fue rápida, el tiempo fue rápido. Yo creo que no tardaría un año cuando me tuvieron que hospitalizar otra vez.*

**C:** ¿Por qué razón?

**R:** *Por lo mismo, la crisis nerviosa. ¡Ah! cuando este hombre me pasó de Rivotril que me dio, que sentí de todo, que eso es: ¡Terrible! y después te cuento como, cuando será mañana, te cuento cómo me desintoxicaron y lo que sentí lo...*

**C:** ¿Por qué no me lo cuentas hoy?

**R:** *Ah... Bueno, cuando el doctor V me desintoxica me dice: Señora Rose, tiene que dejar de tomar el Rivotril porque si no usted se me va a morir; usted se me va a convertir en una adicta y usted se me va a morir, porque eso es cocaína me dijo; es para que entienda, me dijo: Eso es cocaína y usted es una mujer fuerte, y usted es una mujer inteligente, si usted me hace caso a mí, usted sale del problema. Y yo le dije: Bueno, doctor,*

*yo confío en que usted me ayude, yo confío en usted porque usted es muy inteligente.*

*Bueno, yo le voy a dar las instrucciones para que usted deje de tomar el Rivotril; usted va a comenzar desde hoy a partir la pastilla por la mitad y se va a tomar la mitad más un cuartico una semana, después se va a tomar en esa semana la mitad nada más, después la siguiente semana usted se va a tomar un cuartico y después se va a dejar de tomar el cuartico y allí es donde la quiero valiente porque allí es donde le va a pedir el cuerpo la droga y cuando fue, pasó eso yo estaba hospitalizada en casa de mi hija, en casa de mi hija Adriana. Javier se escondía para no ver eso, Adriana se escondía para no ver eso, pero Adriana tiene una amiga que se llama Odesa que ella me abrazaba y yo me tiraba al piso a temblar, a temblar, a temblar, a temblar y a hacer como moverme, parecía una serpiente moviéndome y dándome y ella me abrazaba más, ella me preparaba un té que es de los productos Stand Home que contiene miel de abeja, contiene tilo, manzanilla, otras cosas, ah, flor de cayena con eso, con esa taza en medio yo podía soportar lo que mi cuerpo, el ansia, el temblor que mi cuerpo me pedía, me pedía como decir, un cigarrillo, como decir, una cerveza cuando hay sed, una coca-cola cuando uno tiene sed; me pedía, me pedía la pastilla y más yo decía: No, porque pierdo la consulta con el doctor entonces no me va a tratar, porque yo lo conozco, su carácter; conozco su carácter y, quién me va a tratar si no hay un médico que me trate esto. Yo no conocía al doctor R, entonces, poco a poco; poco a poco se fue pasando, se fue pasando con los té, se fue pasando hasta que tuvo que colocarme otro tipo de tranquilizante, pero no Rivotril.*

**C:** Volviendo un poco al tema de los hospitales psiquiátricos quisiera que habláramos sobre dos cosas. Primero, las condiciones del hospital psiquiátrico y en segundo lugar el trato que te daban no el personal médico, sino el personal de apoyo, como enfermeras, el área de limpieza, etc.

**R:** *El personal médico perfecto; el doctor tiene mucha educación, es un hombre que fue criado yo diría rico de cuna, doctor que va para el Náutico; tiene mucho, mucha personalidad se viste muy bien y me trataba con mucho respeto y mucho cariño y iba al grano, me daba seguridad; él me daba seguridad de que sí me iba a sanar, que no me hacía la hipnosis porque*

*él no se había especializado en eso, que él me iba a enviar a la consulta con uno que sí está especializado, que se especializó en México que es el doctor Ge el doctor estuvo muy pendiente de mí, de mi recuperación, siempre allí me hacía las terapias no importaba que estuviéramos en el hospital para seguirme haciendo las terapias para... me mandaba a hacer estudios como de la tiroides, como la de las hormonas: el perfil hormonal, como la de la sangre toda esas cosas salió bien; todo él decía que todo estaba bien y bueno, estuvo tan pendiente de que no aceptaba de que las enfermeras tomaran cualquier represalias contra mí, porque no lo aceptaba. No lo aceptaba porque él sabía muy bien que yo era, como te digo, racional, yo pensaba y deducía y veía las cosas y decía que la injusticia, la desorganización que hay allí que cómo te digo, cómo me dirías tú, Mario, como sociólogo, donde hay muchachas que no sufren de nervios ni que ha que sufren de la mente, ni que sufren de, de shocks nerviosos con unas que son epilépticas; que sí son... que sí están desorbitadas, que sí hablan de un tema y lo cambian, y de pronto cambian el tema y dicen un disparate...*

*¿Cómo yo lo vi muy mal de que las mujeres estábamos... hay una... lo peor que supe; lo peor y lo voy a decir porque eso se tiene que acabar? Había una guajira que no trataba a nadie; en ese piso había en la parte de arriba otra partecita donde estaban las locas de verdad y las que tenían problemas de sexo: había una que mostraba su parte cuando estábamos en receso y las acosaba, les enseñaba su vagina a las que estaban bien, a las que, como la que sufrió un shock, le mostraba sus partes, o sea, era lesbiana; algunas eran lesbianas, habían muchas lesbianas allí en las dos hospitalizaciones, no entiendo el por qué, tienen que hospitalizar a esas mujeres de esa conducta con las muchachas que vi que son de bien, pues. Como esa muchacha de Cabimas que no recuerdo el nombre que tiene un buen físico, era joven, bella; muy linda y estábamos todas reunidas en mi cuarto y le pregunté: ¿Por qué tú estás hospitalizada aquí si yo te veo tan bien? No te veo nerviosa, ni con los ojos desorbitados, ni te veo quejándote de dolor; entonces me dijo que había estado tres días leyendo, sin comer y le había dado un shock y por eso estaba hospitalizada allí; y el médico no la atendía para que le dieran de alta. Eso es lo que a mí no me pareció bien, o sea, no me pareció bien; no me parece bien que una... eso... todo se comunica: todos los cuartos y que las más locas... una que era epiléptica, se paseaba por nuestro cuartos; se paseaba y lo que podía robarse, se lo robaba.*

**C:** ¿Cómo era el tratamiento del personal de enfermería y el personal de apoyo?

**R:** *El personal de apoyo son las muchachas que limpian.*

**C:** Y las enfermeras.

**R:** *Y las enfermeras, las enfermeras maltrataban a la muchacha que limpiaba. La muchacha que limpiaba se hizo amiguita mía, es más, a ella la involucraron en un robo y yo vi todo y vi que ella no había robado nada y le registraron el bolso y yo, yo fui testigo de que ella no había robado nada porque yo estaba allí y ella me agradeció mucho, me... bueno, me trató muy bien.*

**C:** Y con respecto el trato de las enfermeras para contigo y para con el resto de las otras pacientes.

**R:** *No, conmigo no después que el doctor V le reclamara me respetaron, pero con el trato a las otras, malísimas. Había una enfermera llamada Iraida que esa sí respeta, muy bonita, muy linda, catira, linda; debe ser por eso que trata bien porque es hermosa, una mujer bellísima; debe ser que como le sobra belleza, este... vive feliz, porque las otras eran feas, entonces tienen el porqué estar de mal humor, tratando mal a las hospitalizadas; debe ser por eso que se la pasan en ese tonito dando órdenes como si ellas fueran las gerentes, las propietarias, diría yo, las propietarias. El baño no tiene puerta, queda un baño ancho como el área esta, de esta sala así, pero el cubículo no tenía puerta y el cubículo de donde está la poceta, tampoco tiene puerta entonces, imagínate tú. En esa área, al lado quedaban tres cárceles donde metían a las que estaban locas de remate, entonces, a las que estaban locas de remate le daban la comida en un envase de metal y eso comenzaban a darle y a darle a la reja y atormentaban a una, cuando había una que me conocía y me llamaba: Florecita, en vez de llamarme Rose, me llamaba Florecita y le decía a las muchachas: Florecita es muy buena, ella me quiere mucho, ella me da dinero, y me da comida y me da cigarrillo; entonces, me decía: Florecita dame un cigarrillo. Yo te doy, Maritza, cigarrillos, pero si dejas de tocar ese perol; que me vas a volver loca. Sí, yo no lo toco más, me decía ella. Bueno, te doy todos los cigarros, vamos a fumar pues. Entonces yo me sentaba al lado de ella, del lado fuera, me sentaba en el piso y, ella en la celda y fumaba con ella; ese fue otro episodio, eso fue otra anécdota, diría yo.*

*Otra anécdota fue cuando yo no me despertaba porque había... el tratamiento me había agarrado las piernas, que parecía que me las estaban arrancando de raíz y eran las seis de la mañana y yo despierta y, cuando fueron a llevar el desayuno ella me llamaba: Florecita, Florecita, el desayuno y yo: Ajá, no importa porque Marcelo me llevaba el desayuno. Florecita, Florecita el desayuno. Sí, ya te oí y de pronto, vino con un hielo y me lo pasó por los ojos. Te van a dejar sin desayuno. Okey, vamos pué y me levanté y me fui a desayunar con ella. Esa fue una de las cosas cumbres que vi. Después la vi con un pocotón de blanco por las cejas; es cejona y la vi con mucha crema en las cejas; y le dije: Maritza, qué tienes puesto en las cejas en la mañanita. Crema dental mi linda, crema dental para que se me...*

**C:** Y para qué te untas eso.

*¿Para que se me quite el dolor de cabeza.?*

**R:** *No... no... no... Entonces le daba dinero a Ana; allí entraba un señor con un carrito de supermercado vendiendo chucherías, vendiendo pastillas. Yo le decía: Anda, cómprate un Bral, cómprate un Ibuprofeno para que se te quite el mal, el daño.*

*Bueno, el doctor como siempre, el mismo doctor, el mismo trato; el mismo él, me decía: Señora Rose, yo a usted no la voy a dejar nunca; no la voy a dejar sola nunca, porque usted es mi meta; usted va para mi seminario, usted va para mi congreso, usted es mi caso más fuerte; el más difícil que no he podido resolver y que lo tengo que resolver.*

**C:** Mira, y me podría hablar de nuevo sobre las condiciones del Hospital Psiquiátrico.

**R:** *Sí, o sea, en consultas siempre llega el médico tarde. Siempre en la emergencia, que debería de ser grande la habitación, es sumamente pequeña. Cuando tú sabes que llegan esos casos de esas mujeres o hombres dando grito que paran el pelo, yo siempre me alejo de ir a emergencia, el cubículo muy pequeño y tienen médicos de guardia que es un estudiante de postgrado. La limpieza regular, la limpieza bueno regular, menos mal que hay agua en ese sector o...*

**C:** El área donde tú estabas hospitalizada, ¿Cómo era?

**R:** *Horrible porque estaba pegaba con la cocina Mario, entonces, cuando llenaban los carros que llevan la comida para los pisos hacían unos ruidos; unos ruidos como si fueran de construcción, cuando le están dando de martillazo a un hierro o a una madera y entonces yo decía: Bueno, si aquí estamos es descansando la mente, cómo es posible que hagan esa ruidazón, o sea, no entendía, no entendía. La primera hospitalización fue que ponían un aparatico con música colombiana y yo decía: Si estamos aquí para descansar nuestra mente, ¿Cómo nos van a colocar esas músicas tan horribles?*

**C:** ¿El mismo hospital la colocaba?

**R:** *Sí, el mismo hospital, la misma ala, el pasillo siete. Eso no lo entendía, yo le decía: quiten esa música que atormenta, que aturde, entonces, ya en la segunda hospitalización, o se dañó o reclamarían tanto que ya no la colocaban y tienen como un container que las personas regalan ropas para las que no tienen ropa, para las que abandonan allí; allí hay mucha gente abandonada que no van a buscar mucha, como la de Machiques; la que yo ayudé, no la iban a ver y ella tenía dos, tres hijos y ella lloraba, lloraba y pegaba gritos por sus hijos, entonces yo decía: Esta niña hay que ayudarla, hay que ayudarla a que salga de aquí, entonces fue cuando Javier la llamó, mi yerno llamó para allá, se comunicaron y yo hablé con el doctor V y le dije el caso de ella: Doctor haga algo por ella para que la doctora que la trata, la trate y le dé de alta, porque ella tiene tres hijos y esa fue otra anormalidad. El piso tiene un salón con pupitres, debe ser para los que están estudiando, tiene un cuartico donde debe ser ahí, ahí es donde duermen las enfermeras; ese es otro caso y donde hay un escritorio con una silla; eso es para la terapia. Ese es otro caso que a tal hora, creo que a las doce de la noche, ellas se encierran y no le abren la puerta a nadie, a nadie, absolutamente a nadie porque en mi primera hospitalización mi compañerita, que era a la que le estaban subiendo la hemoglobina, la que estaban preparando para operarla de vesícula le dio dolor de cabeza y ninguna teníamos calmantes y yo les toqué la puerta a esas mujeres y nunca me abrieron la puerta; nunca. Tuvo que esperar las seis de la mañana que ella se levantara para pedirle, para que viera o llamaran al médico que vieran a esa muchacha. Yo no dormí cuidándola*

*porque ella tenía la hemoglobina muy, muy baja. Creo, la tenía en 4 creo que la tenía porque acababa de dar a luz y creo que había sido cesariada, entonces sí, mucha anormalidad. Mucha, mucha.*

*En la... en las... en los platones... uy, no, horrible. Ah, otra cosa terrorífica que vi, muy fea Mario.*

**C:** Hay una cosa muy horrible.

**R:** *Hay una cosa muy horrible en esa ala, la siete, que era que cuando nos servían la comida, cualquiera que fuera, llegaban las palomas y se nos querían comer la comida, pero lo más, lo que más me aturdió lo que más me dio tristeza fue que allí, abandonaron una viejita, y esa viejita por lo menos que tenía eran 90 y más. Esas palomas se le subían a esa viejita en la cabeza, en los hombros, se le comían en el plato y nadie le soplabla esa paloma; ni una enfermera, ni nada, o sea, me dio mucha tristeza, me dio mucho, mucho dolor de ver eso, esas palomas allí, tú sabes que eso transmite la toxoplasmosis ¿Verdad? Y yo, o sea, siempre... a veces que comía para no llegar hasta el extremo de que me agarraran más odio de lo que me tenían, porque como yo comía la comida de la parilla o de la casa de mi hija Adriana, entonces me veían como la burguesa. Entonces, que si Marcelo me llevaba los cigarrillos, los chicles, las chucherías, yo no soy de comer chucherías, pero yo las repartía con ellas, con las hospitalizadas y las enfermeras me pedían cigarrillos mira, yo sé que tú fumas.*

*Sí, yo fumo*

*¿Me puedes regalar un cigarrillo?*

*Sí, como no ¿No ves?, o sea, con esa con ese imperio no. Y bueno, ya dijimos lo de las palomas que eso deberían de chequearlo Mario, porque eso transmite esa enfermedad, yo tengo una amiga que tiene esa enfermedad y no se le quita porque eso se aloja en el hígado, ese parásito...*

**C:** Háblame de la habitación en la cual tú estabas, era un lugar privado, semi-privado, era una sala grande. ¿Cómo era? ¿Qué condiciones había en esa habitación?

**R:** *En esa habitación había dos camitas. Una puerta que en la parte izquierda tenía la mitad de... más de la mitad de madera y lo otro era de*



*vidrio, que uno miraba para la... ¿Cómo llaman a eso, lo de las enfermeras?... el estar de la enfermería. En esa puerta allí, allí estaba la otra, la entrada. Está la entrada del pasillo ¿Verdad? Ese es el cuarto, un área o en... un área como ¿Cuántos metros cuadrados hay de aquí hasta aquí?*

**C:** Seis metros cuadrados.

**R:** *¿Seis?, seis metros cuadrados sí, entonces, lo malo Mario es que tú entrabas, tú entras por aquí, las dos camas así, verdad; a la vista, al norte y aquí hay una puerta donde se comunica para un cuarto que tiene como 20 camas. Este cuarto, tiene otra puerta que da para un área donde están a la izquierda las tres o cuatro cárceles y a la derecha está el baño de lo que te hablé.*

*Mi cuarto, la primera vez lo compartí con la muchacha que había dado a luz y había perdido mucha sangre y le estaban subiendo la hemoglobina para hacerle la operación de la vesícula ¿No?, Nunca había sentido nervio, ni nunca padeció nada de crisis nerviosa; nunca, ninguna enfermedad mental, estuve tranquila, pero la muchacha... había en esa hospitalización, en la primera, unas muchachas Mario, que estaban muy, muy, muy desorbitadas; estaban muy locas, estaban demasiado...*

**C:** ¿En el área que estaban de 20 camas?

**R:** *Sí, ellas entraban en el cuarto de nosotras dos. Allí, se la pasaban metidas, entonces, yo me asustaba, así sí me asustaba cuando las veía, yo decía: dígame si cuando yo esté durmiendo me hacen algo, eso es terrible, eso es terrible. ¿Sabes qué me dijo el doctor R?, el doctor R le dijo a Marcelo que por qué había aceptado que me hospitalizaran en el psiquiátrico, que yo no estaba para estar hospitalizada en el psiquiátrico y que eso era muy fuerte para mí porque yo no estaba enferma mentalmente, o sea, yo digo que estoy enferma Mario porque no es que saco locuras y arranques ni cómo te digo, yo no es que pienso y digo voy a hacer esto porque esto es así, con desprecio o con autoridad no, no, no lo mío es cuando me insultan, lo mío es cuando me dan una mala noticia como te había dicho antes, lo mío es cuando me como algo que me cae mal, me pone nerviosa.*

**C:** En esa habitación en la que tú estabas ¿Te sentías confortable, era cómodo estar allí?

**R:** *No, porque la muchacha no sufría de dolores y ella tenía una colchoneta más gruesa y me la pasó a mí y yo le coloqué unos acolchados y la pasé bien, allí sí la pasé bien con dos almohadas, mi ventilador; yo llevé mi ventilador con mi extensión.*

*Porque ahí no hay ventilador y los colchones están forrados de cuero, esas pobres mujeres todas se dormían ya tarde cuando refrescaba porque bueno, tú sabes dónde está situado y hay brisa de noche; hay brisa de noche. De noche a veces nos reuníamos a echar chistes las que quedábamos abajo, porque las que quedaban arriba pasaban la noche fatal, fatal y las muchachas eran muy buenas, o sea, no tengo de qué quejarme de las hospitalizadas, de mis compañeras. De las enfermeras me hice muy amiga de la negra, de la que me dijo que me iba a amarrar, se hizo muy amiga, porque Adriana mi hija es una leguleya; se le metió, dijo: Esa es la más fuerte, la más, tiene el mando. Entonces se la metió en un bolsillo.*

**C:** Tú me señalaste allí, que te amenazaron con amarrarte o confinarte en la cárcel. ¿Qué otro tipo de tratamientos parecidos a esos vistes tú allí en el hospital psiquiátrico; no tanto que te los aplicaran a ti, sino a otros pacientes que estaban allí?

**R:** *Bueno, lo de amarrar era cierto que me iban a amarrar porque yo le dije: Ustedes a mí no me van a amarrar porque yo no me voy a dejar y yo no estoy para que me amarren, yo lo que me estoy es muriendo y allí yo me tiré en el piso del dolor, pero sí vi a las muchachas encerradas en la cárcel, eran terribles porque no nos dejaban dormir por estar dándole a la cacerola en la reja.*

**C:** ¿Cuál era el motivo de que las encerraran en la cárcel?

**R:** *Porque no, no, no tenían paradero, se metían en todas las habitaciones a despertarnos, se nos subían encima, nos registraban nuestros maletines buscando comida; se nos querían comer la comida eran de mala conducta, eran de mala conducta, pero no era porque eran malas era porque estaban ya pasadas, sin tratamiento estaban ya habían sobrepasado la crisis y estaban mal, estaban muy mal y por lo menos a Maritza había que encerrarla porque no se podía abrir la puerta para que entrara alguien porque ella enseguida se quería escapar.*

**C:** ¿Estaban encerradas?

**R:** *Sí, todas las habitaciones todos los pisos allí están encerrados con una puerta blindada, blindada de hierro para que no se escapen las muchachas; es más esa drogadicta de quien yo te hablo, de María, ella una vez se abrieron la puerta para que yo saliera, porque a mí me dejaban salir para una banca que está allí y ella se escapó. Menos mal que por los jardines del psiquiátrico la agarraron y entonces se agarró a puño y le sacó sangre a la enfermera; a la negra con las uñas le sacó sangre, o sea, era peligrosa. Por eso es que el doctor; cuando yo le digo que no se me metiera más con mi cigarrillo, que no me tocara más mis cosas. El doctor V me dio de alta al otro día.*

**C:** ¿Cómo saliste tú de allí, mejor o peor de la forma como habías entrado?

**R:** *En la segunda hospitalización mejor, mejor, porque ahí me desintoxicaron. En la primera hospitalización sí salí mal, pensaba que me iba a morir, tenía una muchacha que es guajira, pero ¡Linda! Y aseada, y a la moda y con cuerpo bonito; ella para poderme levantar primero de la cama me hacía primero unos masajes para poderme levantar; para que yo pudiera ir al baño y asearme y desayunar, allí, yo sentía que estaba muriendo, sentía mi espíritu lejos, sentía las dolencias más fuertes, sentía el escalofrío porque da escalofrío, sentía el temblor, el dolor en el vientre terrible, horrible. El doctor luchó mucho conmigo, después de esa hospitalización y la iglesia, lucharon mucho conmigo, oraban mucho.*

**C:** ¿La primera vez?

**R:** *La primera vez, eso fue el terror. El me dijo que en una de las dos hospitalizaciones yo me le iba a morir, yo digo que fue en la primera. Él me dijo: Señora Rose, no recuerdo cual de las dos, pero una de las dos, usted se me iba a morir.*

**C:** ¿Quién te dijo eso?

**R:** *El doctor V.*

**C:** Ahora, una pregunta, Rose. Si tuvieras que volverte a hospitalizar y fuese opcional, es decir, que tú decidieras si te hospitalizaban o no en un hospital psiquiátrico ¿Cuál sería tu respuesta?

**R:** *Si yo estoy para mejorar bajo tratamiento con el doctor R jamás me hospitalizaría en el psiquiátrico, nunca más.*

**C:** ¿Por qué?

**R:** *Porque puedo tocar con una muchacha loca a mi lado, el calor. Ya ahí no está el doctor V en quien yo confiaba, en quien yo lo llamaba a reflexión, le decía: Doctor, me está pasando esto, aunque ahí hay un amigo de él que se llama J que es muy bueno, pero no confiaría en los médicos de allí, no confiaría y en las enfermeras tampoco no, no, no y no, o sea, Marcelo está trabajando a esa hora ¡No!, tengo mi doctor, tengo mi doctor R que no me hospitaliza, él me sana con...*

*Te digo que la última vez que fui con crisis me dio a tomar tres, cuatro o cinco medicamentos y enseguida ya yo estaba acá conversando con él, inmediatamente me fui para el restaurant, conversé, almorcé hasta la tarde y en la noche me tomé mi siguiente dosis y nada, adiós crisis, adiós temblor, adiós todo, adiós todo. Ahora cuando lo de mi amiga y lo de mi primo me puse muy mal y compré el tratamiento, porque es costoso el tratamiento, claro, el doctor V me dio una orden para el medicamento, para que me lo diera el gobierno y el doctor R igual lo hizo y bueno, por ellos me dan el medicamento que vale 400 Bs.*

**C:** Tú has oído hablar de una clínica psiquiátrica que hay aquí en Maracaibo. ¿Sabes si hay alguna diferencia con el tratamiento que dan allí o las ventajas que significaría ir allí?

**R:** *Bueno, el doctor R le dijo a mi marido que por qué no me había hospitalizado en la clínica que queda ahí en Bella Vista ¿Cómo se llama?*

**C:** Ricardo Álvarez.

**R:** *La Ricardo Álvarez, que por qué no me había hospitalizado allí y Marcelo le dijo: Porque no tenía dinero. Esa, esa es muy buena, yo he visto casos de que se ha sanado la persona, han sanado, han sido sanas, hospitalizadas. Conozco a una señora que se ve horrible, horrible, horrible como yo y allí la sanan, claro, ella es como yo, vuelve a recaer.*

**C:** Ajá, y si vuelve a recaer, ¿Cómo es que la sanan?

**R:** *Exacto, yo no sé qué es lo que tiene esa pobre señora, tan simpática, linda y bella, cómo es que no nos sanan, cómo es que no llegamos con*

*mi ex cuñada Nervin, la doctora, que ella es doctora en odontología, es especializada en cáncer y cirugía, ella estuvo hospitalizada, en la Ricardo Álvarez la sanaron; ella nunca más ha vuelto a sufrir de nervio yo quisiera ser ella, yo quisiera ser.*

**C:** Pero, ¿Tú crees que la razón de esa sanación estaría en que estuvo en la clínica Ricardo Álvarez?

**R:** *Yo creo, yo creo porque estuvo en la, la clínica Ricardo Álvarez, yo creo o que mi caso es tremendamente fuerte como dijo el doctor, que era un caso difícil, que mi caso es un caso difícil. Acuérdate que yo me llevo por la Biblia y la Biblia menciona los trabajos de hechicería y acuérdate que la mujer, hermana del que mató Renato; el amigo de mi hermana es guajira-colombiana y me gritó en mi casa que a todo volumen, que yo pagaría cada gota de la sangre del hermano con dolor y que todo el mundo me iba a odiar y que iba a quedar nada y, hasta que no me volviera loca y me quitara la vida no iba a estar tranquila.*

**C:** Okey, retomando un poco tu estadía en el hospital psiquiátrico, ¿Cuál era el tratamiento que tú tenías cuando estabas en el hospital psiquiátrico?

**R:** *El tratamiento era dormir para descansar la mente porque tenía muchos, muchos días sin dormir. Esa era lo que la aplicación, la terapia mía era que tenía que dormir. Cuando el doctor V me trataba allí yo comenzaba a temblar, a temblar todo el cuerpo y la voz y comenzaba a temblar y él veía que no podía, no podía y dejaba de hacerme preguntas, dejaba de hacerme la terapia, pero mi tratamiento eran del psicotrópico, de protectores para el estómago y los medicamentos para eliminar los parásito, ese fue mi tratamiento, gracias a Dios y sin parásito, gracias a él, gracias al doctor V que tuve la suerte de escoger el mejor médico porque cuando Javier me dijo: ¿Con qué médico te vas a quedar?, le dije: Con el italiano porque él es el que se va a quedar aquí, la doctora se va y el doctor es el que se va a quedar aquí y así es, así es. Yo lo quiero mucho, pero yo se lo dije: Doctor, usted no me va a sanar a mí porque ya van tres años le dije y nada, y no veo, no veo mejoría, siempre el temblor, si no me tomo el medicamento el temblor es horrible; aunque me dicen por allí: que...*

**C:** Y hoy en día sí te vas a sanar ¿Verdad?, ¿Qué crees tú?

**R:** *Yo creo que sí, porque ahora tengo otro doctor que llaman la eminencia y puedo tomar bebidas alcohólicas que me dice mi sobrino médico que me tome una copa de vino tinto, por la mañana y una por la noche que eso cura los nervios y, mi ginecólogo; que es Mi me dijo que caminara que con eso era que me iba a curar de los nervios y de la tensión, que Mi es sobrino del fundador de la Paraíso, de Francisco González Govea. Él es muy, muy buen médico.*

**C:** ¿Tienes alguna otra cosa que acotar acerca del hospital psiquiátrico?

**R:** *Otra cosa, bueno lo de la cocina es fatal Mario, porque no dejaban descansar a uno y esos golpes le llegaban a uno al cerebro como si le estuvieran dando a uno un golpe en la cabeza, las enfermeras que son a apáticas, apáticas son, como que no les gustara trabajar.*

**Cuarta sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en este caso son los aspectos relacionados con los tratamientos a que ha sido sometida.**

**C:** ¡Buenos días, Rose! Hoy estamos en la cuarta sesión que tiene que ver específicamente con los tipos de tratamientos a los que te has sometido durante tu situación como enferma mental; quisiera que me hablaras tanto de los tratamientos que se podrían denominar “científicos” como los que te han planteado los médicos psiquiatras, como cualquier otro tipo de tratamiento al que tú hayas recurrido para tratar de solventar tu situación.

**R:** *Mis tratamientos ¡Buenos días Mario!, cómo estás.*

*Mis tratamientos han sido muy largos, muy largos y he mejorado. Mientras los estoy tomando, si por una circunstancia no los puedo seguir tomando porque no tengo dinero, porque no se consigue el medicamento en el mercado, me quedo tranquila, pero no puedo tener un disgusto, ni una tristeza porque caigo en crisis. El doctor R que es el que más allegado a mi enfermedad él dice que vo...*

**C:** Perdón, pero quisiera que habláramos sobre cuándo comenzaste con los tratamientos psiquiátricos, qué tipo de tratamiento era, si era

únicamente fármaco, si era otro tipo de terapia, eso es lo que quiero que hablemos, vamos a tratar de ir cronológicamente, si quieres.

**R:** *Cronológicamente, bueno, comencé en el 2002 con el doctor V que era estudiante de psiquiatría; muy bueno en su materia, muy bueno, muy profesional, muy serio muy tajante; conmigo era tajante, no me pasaba una, para todo me regañaba, pero yo me daba cuenta que era por mi bien que él sólo quería sacarme del dilema en que estaba y que decía que yo era su meta que él tenía que curarme porque ese era su caso más, cómo diríamos su caso más, más, ayúdame...*

**C:** Importante, más emblemático.

**R:** *Sí, más importante y más difícil y que él tenía que sacarme de donde estaba parada, porque él lo que quería era que yo no tomara más fármaco, él decía: No señora Rose, yo no quiero que vuelva a tomar ni un fármaco más, nunca más, después de las terapias yo sé que usted, va a dejar de tomar los fármacos después de las terapias, pues no fue así.*

**C:** Pero perdón, ya antes de las terapias, ¿Tú tomabas fármacos?

**R:** *Sí, antes de las terapias fui hospitalizada dos veces en el psiquiátrico, donde te conté que eso es de lo peor y cuando él se gradúa, que sale del psiquiátrico porque dijo que eso era lo peor, que eso trataban de... habían planificado, planteado llevar una enfermera que por cierto, yo la conozco que se llama, ella es Iris de Vargas, una señora viuda que es muy correcta y de temple. Yo le dije: Doctor, ahora que está la señora Iris allí usted me puede hospitalizar porque está ella como jefe. Y él, la respuesta que me dio fue: Eso no se arregla, se arreglará con una bomba; con una dinamita, eso no se arregla nunca, nunca se irá arreglar y por eso es que yo renuncié. Se fue para la clínica La Sagrada Familia y ahora está en la clínica IZOT. Es una clínica muy buena donde él atiende muy bien a las personas y otro secreto es que bueno, ya hasta hoy dejará de ser secreto él me decía: Señora Rose, si usted hace lo que yo le digo, yo no le cobro consulta porque era que yo no me quería tomar los fármacos cuando por lo menos el antidepresivo, el Anafranil, me ponía estítica, yo no lo tomaba y entonces, caía en depresión de llorar, de llorar, de llorar. Más eso se me quitó Mario, eso sí se me quitó; eso del llanto, llanto, llanto eso y de la lu-*

*cha y del temblor de abrazarme a mí misma así y temblar abrazada; eso se me quitó, el doctor V me quitó eso, luego siguió con la terapia seguimos y trató de llegar al hasta el punto cuando yo tuve la crisis, pero no me podía forzar mucho porque entonces en ese momento yo caía en crisis. Cuando me llegaba a la herida él saco, llegó a la conclusión de que había sido por la niñez; por mi niñez, el trato que yo había recibido y mi matrimonio.*

**C:** Me llama la atención una cosa. Cuando tú hablas de maltrato en la niñez, podrías ser un poco más específica de cuáles tipos de maltrato.

**R:** Todos mis hermanos me querían dar golpes, todos mis hermanos me querían usar, hazme esto, hazme lo otro, tráeme esto, todas esas cosas y si no las hacía me caían a golpes y mamá no hacía nada por ello y por eso era que yo vivía como, no con odio, sino como una rebeldía y tenía un hermano que se emborrachaba y me quería caer a golpes siendo yo una muchacha de 12, 13 hasta los 17 años que nos separamos, que mi hermana buscó otra casa alquilada para salir del yugo de ese hombre, él me agarraba y trataba... no sé si deba decirlo, pero yo creo que sí porque el doctor decía que desde allí viene mi enfermedad horrible, siendo tan criada de papá, tan que me acostaba con papá; que lo bañaba, que lo aseaba, que le limpiaba los zapatos, que le iba a comprar la prensa cuando no se la llevaban, que le hacía el café: yo le preparaba el café, porque decía que yo lo preparaba mejor que mi mamá...

*Ese hombre me quería, me quería, me seducía y me apretaba los senos y yo gritaba, gritaba y gritaba, pero eso lo hacía cuando no había nadie en la casa, entonces, por las noches Mario, dormía demasiado mal, porque por las noches trataba de registrarme mis partes genitales, entonces eso para mí fue algo terrible, mi niñez y mi juventud fue terrible, terrible porque yo era una niña que no quería que nadie me tocara, nadie y no se lo decía a mi padre porque mi padre sufría de altas tensiones; muy altas y él estaba lisiado con el derrame cerebral, el lado derecho a él no le funcionaba, entonces yo pensaba en mi papá y decía: No, yo no le puedo decir esto a mi papá; yo se lo decía a mi mamá y mi mamá me decía que no le fuera a decir nada a mi papá. Entonces, ahí yo me la pasaba siempre en un tres y dos eso yo se lo conté al doctor V y me dijo: Con razón, usted está como está, la dañaron.*



*Luego, me caso y me toca un dinamo, me toca un energúmeno, me toca una persona que hoy tiene una cara y mañana tiene otra cara, cuando una persona tiene una cara un día y otra cara al otro día es una persona... Bueno, el asunto era que él se la pasaba maltratándome, o sea, verbalmente, llamándome, ofendiéndome, sino gritándome, me pedía las cosas gritándome, me reclamaba por nada; por nada, no quería que yo tratara a nadie, no quería nada que yo respirara, no quería que yo respiraba porque él era así; porque él era el rey y yo lo traté como un rey, lo atendía como un rey; él era neurasténico, esa es la palabra, su madre misma se lo decía que él era neurasténico, lo peor era que no manejaba dinero y el dinero él lo gastaba todo en la calle donde yo sufría mucho, porque quería comprarme algo y no tenía, tengo la niña y se dio el lujo de que las hermanas me compraran la ropa de la niña, porque él nunca me quiso dar el dinero para que yo le comprara las cosas a mi niña. Ese fue otro trauma cuando parí, el doctor me dijo: Que pujara fuerte y cuando puje yo sentí que algo adentro se me había explotado, se me había roto. Sentí en los intestinos que se me había roto algo. Vine, no sabía que era, bueno, el parto fue muy, muy doloroso y tardío: desde las cinco de la mañana hasta las doce del día, siendo una niña que midió 45 cm, mi hija Adriana es pequeñita y pesó menos de 3 kilos, o sea, era para parirla no era para sufrir tanto. Cuando me voy para la casa comienzan los dolores del intestino, no se sabía que yo tenía un tumor en una hemorroide interna, en lo que se me había roto, era una hemorroide interna y como estaba inflamada, no iba al baño tenía estreñimiento y bueno, comía el salvado de trigo, comía la ciruela pasa y nada, nada, nada.*

*El festejo del nacimiento de la niña yo veía a todos los profesores, porque él es profesor de química y yo vivía aterrorizada los veía y me molestaba y hubo un día, una noche que boté mucha sangre y llamé a su hermana mayor que es a quien él respeta y le dije: Nerita, ven a ver lo que boté y ella vio la poceta y me dijo: Vámonos para que el Doctor Aa, él era un especialista en cardiovascular, entonces, él está de guardia, me dijo. Vamos a llevarte porque esto es de venas, esto es de circulación y él es especialista en eso, en eso vamos saliendo y va llegando él, entonces cuando él llega ella lo regaña, le dice que cómo era posible que yo estaba enferma, que yo estaba con dolores y él no estaba allí presente para cual-*

*quier cosa que se presentara y cuando fuimos para la consulta el doctor me chequea, me revisa y él le dice al doctor: Ve a ver qué vas a hacer con esta muchacha porque me ha salido enfermiza, entonces el doctor le contestó: Yo quisiera que a ti te saliera un tumor de pus y de sangre como lo tiene ella, interno para verte llorar a gritos porque...las mujeres son más aguantadoras que los hombres.*

**C:** Me parece muy interesante todo lo que me has comentado; sumamente importante, pero quisiera que hicieras un poquito más de énfasis en los tratamientos.

**R:** *Ajá...*

**C:** Tú me has hablado primero del uso de psicofármacos, luego las terapias y luego seguiste tomando psicofármacos. Quisiera que retomáramos el tema de cuáles son los que has tenido para enfrentar esa situación.

**R:** *Los otros tratamientos que he tenido han sido variados, hay uno que se llama Paxil que es muy bueno, me tranquiliza y me pone a dormir; claro, yo no puedo estar durmiendo. El doctor R sí me manda a dormir para que descanse mi cerebro de tanta... de tanto... por mi pasado, por mi pasado. Ellos dos han logrado que yo olvide el pasado: mi pasado, sin embargo, como dice mi sobrino que es médico: El cerebro es como un cassette que la cinta se repite y vuelven las memorias y vuelve y el cerebro. Entonces una, uno va a recordar otra vez lo vivido: lo malo, lo bueno; eso se repite me dijo él, muy buen médico. Y el doctor R me cambió el tratamiento por ese Paxil, continuó con el Valcoter, me colocó el Alpraxolan que es abaxon y por supuesto, me dijo que no lo podía tomar más; el tranquilizante, el abaxon, porque iba a ser dependiente de él, es lo que yo no quiero señora Rose, usted, como el doctor V me dijo: Usted va a tomar de por vida el Valcoter y el doctor R me dijo lo mismo, porque ese es un medicamento que estira los nervios y no deja que él moleste, ellos molesten a los músculos, los nervios están derechos pues y no tropiezan, no mandan falsas este...*

**C:** Señales.

**R:** *Señales, esa es la palabra; señales para la cabeza, el estómago, los músculos de las piernas, la espalda.*

**C:** Hasta ahora me has señalado que casi los tratamientos que te han colocado han sido beneficiosos. ¿Ha existido algún tratamiento que no te haya resultado beneficioso, que al contrario, te haya perjudicado?

**R:** *Sí, el tratamiento del doctor G, de G eso me cayó fatal, estoy viva porque me retomó el doctor V, si él no me vuelve a hospitalizar yo no estuviera viva, no estuviera aquí. El doctor V me trató como debió, me hizo las terapias, como llegó un día, ya casi llegábamos al...ya diríamos al núcleo, al epicentro de mi problema y yo me puse... dice él que me puse a temblar, no recuerdo porque es como si hubiese perdido la noción del tiempo; como si hubiese perdido la realidad, porque es fuerte cuando llevan a uno en una terapia a un estado de que tú estás contestando lo que viviste, lo que te hicieron; en la realidad es muy doloroso, es cruel, es feo, es malo, es muy cruel. Entonces él me dijo: Solamente tuvimos una oportunidad para yo llegar al epicentro, de todas maneras. Me dijo, el shock o los shocks que usted tuvo fueron los de su niñez y los de su matrimonio; y yo diría también que fueron las pre-operaciones en seis meses, fueron las anestias vía oral que son la... el gas, eso me mató, o sea, me puso mal porque yo quedé bien en la operación, yo hasta me fui para el estadio, pero un momento me sentí mal y no me pude levantar de la cama y no me expliqué; no me expliqué y comenzaron unos dolores terribles en mi operación, al mes y medio y ya ahí en los ecogramas salían los gránulos más que son las pelotas que salen en cada punto que uno rechaza, porque esos puntos yo los rechacé porque son hechos de cola de animales, eso los rechacé. Yo le dije: Y cómo se quita eso: Volviéndote a operar, resuturarte de nuevo, y le dije: Cuándo me puede operar, y me dijo: Cuando tú quieras, mañana, al siguiente día me estaba operando, pero me operó como llaman, ambulatorio y eso me dolió horrible y, estuve de muerte, estuve de muerte porque todos los valores, se me fueron, se me bajaron todos y no había nadie que me levantara de la cama, ni que me hiciera comer; no podía comer; tenía la garganta, tenía un trozón que no... era llorar, llorar, llorar y no podía alimentarme solamente tomaba jugos, tomaba puro líquido. Luego, siguió mi... yo recuerdo, yo sabía que como eran los nervios y no creía que yo sufría de nervios y recuerdo que, cuando ya me ve el doctor V, recuerdo que lo mismo que sentí cuando él me hospitalizó en el psiquiátrico eso era lo que yo había sentido en la... para la pri... la segunda operación y*

*en la tercera operación, en la tercera operación me vi más grave; me vi más grave porque estaba por el suelo, era llorar, llorar, llorar y nada más pensaba en qué tengo, por qué no me sano, por qué los medicamentos no me sanan, por qué si estoy tomando antibiótico no puede ser que yo esté infectada, no, todo lo contrario con todos los ecogramas; hay unos ecogramas que son transvaginal que salían que ya ahí no habían puntos ni granulomas porque me habían suturado con la sutura que se disuelve en el cuerpo y bueno, allí sufrí mucho, muchísimo, me retomó la iglesia, fue cuando hice una promesa con el pastor y un pacto que no me llevara, no permitiera que me llevaran, las cosas malas que menciona la Biblia, sino que me llevara él con sus ángeles que así yo aceptaba el traslado pues, porque como dice la Biblia que “pasamos de vida a vida”, o sea, pasamos en victoria, invictos; de vida a vida, entonces, yo me aferraba mucho a ese salmo y me aferraba mucho a esa palabra que el pastor me había dado, me aprendí el salmo; me aprendí el salmo 23 de memoria, leo mucho el salmo 91 y él me trató mucho, se arrodilló, hizo el pacto y enseguida comencé, es un milagro, lo mío; enseguida comencé a caminar y enseguida comencé a ir a la iglesia, pero cuando comencé a ir a la iglesia lo que te mencioné antes, quedaba sorda, ciega, muda y ciega; entonces tenían que orarme en toda la puerta de la iglesia para que yo pudiera entrar y eso sí, entraba temblando como si tuviera en el páramo, temblando, temblando y no se me quitaba, llegaba a la casa igual, pero no tomaba el fármaco no había llegado a las manos del psiquiatra, no me había dado aquella crisis con deshidratación, tomaba era manzanilla y tilo, y con eso yo medio me tranquilizaba.*

*Estuve bastante mal, pero el Señor me ayudó mucho, tuve una manifestación, estuvo un hermano de la iglesia quien fue el que fundó la iglesia Betel, ya estaba para morir, tenía una aneurisma inoperable, en un sitio inoperable y fue a decirme que había tenido una manifestación con el Señor, que el Señor le había hablado acerca de mí y me enviaba un mensaje: que por favor, no hiciera lo que tenía pensado; lo que tenía pensado era que me iba a ahorcar, yo tenía un cable de esos cables de luz escondido detrás de la lavadora para ahorcarme, de hecho, una vez lo fui a hacer y mi hija y la prima de ellas me ayudó, me agarró y no me dejaron, y Segundo me dijo: Él te va a sanar, me lo dijo, te va a libertar de ese*

*demonio que tienes encima, él te lo va a quitar, pero el tiempo del señor no es el tiempo nuestro, la Biblia lo dice; tienes que esperar su tiempo, no es cuando tú dices, es cuando él dice, por lo tanto, tienes que tener mucha paciencia, seguirlo y seguir congregándote y estar siempre en los pasos de él, llevando, estudiando la Biblia, porque la Biblia tiene muchísimo que aprender, mucho.*

*Bueno, en mi segundo tratamiento con el doctor R te conté anteriormente que fui muy mal, fui desecha, desecha y el terror mío era la hospitalización en el psiquiátrico, ese era mi terror. Me sentía tan mal que pensaba en el calor, en la cama molestándome, en la mala atención, en los malos tratos, en el baño descubierto, en las mujeres que tocaban la cacerola y no dejaban dormir, en el ruido que formaban en la cocina sí; era que iba a tocar en ese pasillo no, solo pensaba en que iba a estar J; que iba a ser dirigido por el doctor V que son amigos del alma, amigos-hermanos, son muy amigos y solo tenía esa esperanza, porque yo le decía al doctor V: Doctor, quién me va a atender a mí allí; como es mi caso tan complicado, entonces el doctor V me decía: Allí, yo hablo con J y él es el que la va a tratar señora Rose. Pues no, el doctor R me indicó el tratamiento y como te conté, lo rechacé, me cayó mal.*

*Marcelo, de ver aquello cuando me levanto, que caigo, me dijo que no ponía de mi parte, que él se iba de la casa y me iba a dejar sola; que no iba a aguantar más, que estaba cansado y yo no le contesté nada sino que me quedé allí, me quedé allí solita y en la noche me tomo el tratamiento cuando ceno, pude cenar; cuando ceno, me tomé el tratamiento y yo dije: Si me va a seguir cayendo mal y me va a matar, pues que me mate y yo voy a morir dormida que es mi ansia: morir dormida y fue al otro día que me levanté, o sea, rechacé el tratamiento, pero inmediatamente como que fue una solución, me levanté como que si no hubiera pasado nada. Igual que ahora, como en la última crisis que me le presenté cuando nos atracaron que le llegué y lo primero que preguntó fue: ¿Por qué ella está así? ¿No está tomando el tratamiento? ¿Qué le hicieron?, ¿Qué le sucedió? Porque ella no tiene por qué estar así, entonces Marcelo le dijo de qué nos atracaron y ella estaba allí. Ah, claro eso es, ella no puede sufrir altos ni bajos. Él le da una denominación a mi enfermedad, pero no recuerdo, el habla de algo de depresión; él habla de depresión, él dice que yo estoy*

*deprimida y con la vida que llevo con Marcelo más deprimida, más deprimida porque él quiere que se haga lo que él quiere, él lo que él le sea conveniente. Él ahora me está celando; cosa que no lo hacía porque yo quiero vivir; porque el psiquiatra me manda a vivir; me manda a que yo viva, a que sea como antes... y conocí a un señor; un muchachón, un muchachón de 35, 36 años que me habló de mi vida, me habló de mi vida, de mi enfermedad me dijo todo, que mi enfermedad no era natural, que eso era un demonio y que Dios me tenía algo preparado muy bello, que eso se me iba a quitar y que tratara de salir. Estando un día con el doctor R me dijo que yo tenía que salir del problema de Marcelo.*

*El doctor R y yo quedamos en una oportunidad a solas porque Marcelo tuvo que salir para el negocio y le conté cómo era el trato de Marcelo para conmigo y le conté cómo bebía él, cómo fumaba tabaco, cosa que me molesta horrible que no me le puedo acercar y pues no tengo marido pues; no tengo marido, él se está agobiando, él se está acabando como hombre en el sexo, en todo con ese tabaco y ese aguardiente, esas bebidas alcohólicas, entonces, le conté al doctor R y ese señor es tan, como te digo, tan de buen vivir que me dijo qué hacía yo en su consulta y qué hacía tomando medicamentos que no me iba a curar nunca me dijo así de frente, me dijo: No se va a curar nunca mientras usted tenga ese problema con ese señor, usted tiene que acabar con esa relación. Este señor, este hombre que me trató que es simplemente y llanamente un espiritista me dijo lo mismo: Usted tiene que salir de ese hombre; sin yo hablarle nada me dijo: Ese hombre a usted la está perjudicando y tiene que salir de él me dijo: Dios le tiene preparado algo muy bueno por lo que ha sufrido, la va a premiar por lo que ha esperado, porque usted tiene, usted es una mujer de fe, usted tiene una protección al lado de su cama en su cabecera ¿Qué tiene de protección? Yo le dije: Mi Biblia, mi Biblia. ¿Y la tiene abierta? Sí, la tengo abierta en el salmo 91. Esa es su protección, me dijo, para que ese demonio no le quite la vida. Me habló, le habló a mis hijos sobre el trato que me dan y les dijo: Sépase y entiendan que su madre es una mujer que se puede dominar sola porque no está casada, sépase que ella es la dueña de la casa; ella es la que manda aquí y sépase que su madre va a ser muy feliz y déjenla que ella escoja su vida, escoja su vida en asuntos de diversión; estamos divirtiéndonos, estamos planificando para*

*el sábado divertirnos otra vez en la casa porque el viernes se festejó mi cumpleaños, el viernes 6 y estamos organizando una parrandita; estilo bonche, nada de formalidad. En mi casa se presta porque por el jardín y es que estamos en suma, en toda confianza y familia y confianza. Él está un poquito celoso por un guitarrista que él no sabe que el guitarrista me suelta piropos, porque si sabe no lo deja entrar más nunca en mi casa, pero igualito se siente celoso, igualito y de otro primo que conoció en Mitón, también siente celos, ese primo sí no me puede visitar no me puede visitar; ese primo yo lo adoro está pendiente de mi celular; me lo registra; o sea, ahora estoy sufriendo un colmo, ya llegué al colmo ya no, no resisto, ya no resisto y bueno, él dice que nadie le va a quitar su mujer y estoy tratando de limar asperezas con él y estoy tratando de llevar todo por la suavidad, el cariño, la atención, el diálogo; estoy tratando de conversar mucho con él y siempre llegamos a la misma conclusión: Que él quiere que se haga lo que él dice en mi casa y no puede ser Mario, tú que eres un licenciado, un sociólogo... esa es mi casa, esa no es su casa, esa casa me la regaló mi ex marido y esa casa está habitada, él le dijo a mis hijos: Esa casa es de ustedes para que vayan a bonchar, para que se vayan a divertir, para que vayan a gozar y nadie les interrumpa y nadie les reclame nada; allí van a hacer lo que ustedes quieren. Pues, Marcelo quiere prohibir todo. Claro, que yo le doy, Mario, yo le doy este alas, sí le permito muchas cosas, pero ya me tiene al borde, ya me tiene al borde.*

**C:** Volviendo de nuevo a los tratamientos, cuando has estado vinculada a los psicofármacos, cuáles han sido los efectos que te han causado: ¿Has tenido efectos positivos o has tenido efectos negativos? Y si son efectos negativos: ¿De qué tipo son? Tú me comentabas ayer de una situación que viviste fuera de Maracaibo, en Colón que tú misma señalaste que era producto de un psicofármaco.

**R:** Bueno Mario, cuando las dolencias mías, de mis operaciones yo siempre llegaba deshidratada a la clínica y siempre me hidrataban temblando, brincando y llorando a gritos; temblando, brincando y llorando a gritos y llamando a D y llamando a Ch, a mis médicos; por favor, que vengan mis médicos yo me voy a morir, esto no lo aguanto yo siempre me inyectaban un Valium y cuando me inyectaban el Valium no dormía; no dormía, o sea, el Valium no, no va para mí, no va para mí. Eso lo recuerdo

*perfectamente porque siempre se me formaba un pelotón en el brazo o en la nalga; cuando en la segunda operación yo estuve gravísima, yo fui operada en diciembre y en enero; a principio de enero llegó mi sobrina de Colón, que ella vivía en Colón y su esposo es un gran médico le dije: Laura, llévame para Colón, para que Ju me cure. Pensé y tuve la esperanza y la fe de que Ju me iba a sanar y me dijo: Bueno, vámonos, vámonos y me fui; imagínate tú el frío en Colón en enero, eso es terrible, demasiado frío y yo sin comer y temblando, bueno, lo que hacía era que fumaba, fumaba, fumaba; fumaba muchísimo, tanto, que se me pusieron los dos dedos de la mano derecha el índice y como se llama este otro...*

**C:** El pulgar. El dedo índice y el medio.

**R:** *Ajá, se me pusieron como ver una zanahoria, del humo, entonces, bueno Ju lo que hacía era que me observaba...*

*Eso se me puso horrible. Ju lo que hacía era que me observaba más yo le decía: Ju, yo estoy aquí por ti y tú vienes y te vas para que la señora Carmen, no me cae bien esa señora Carmen; yo por echarle broma, o sea, yo estoy con el ansias de que me veas, de que me toques, de que me digas algo, qué tengo Ju, qué tengo; por qué estoy tan mal, por qué no puedo comer, por qué tiemblo tanto, por qué lloro tanto, por qué grito tanto y él no me contestaba, él no me contestaba y se volvía a salir de la casa. Bueno, un día, se llevó el aparato de hacer ecogramas, se lo llevó para la casa y me dijo: Vamos para estudiarte y me estudió. Me vio los riñones, el hígado, la vesícula, los ovarios, las trompas y la matriz no porque ya estaba operada, el colón y todas las operaciones y me dijo: Estás perfecta, estás perfecta: los riñones los tienes limpios, el hígado también, todo está bien. Imagínate, como me alimentaba yo de bien con dietas y jugo de frutas, y me dijo: Yo te he estudiado mucho Rose, vamos a inyectarte para que duermas bien esta noche y yo le dije: Bueno, tú eres el médico y vino y me inyectó un Lagartil que el doctor V me dijo que había hecho muy bien, pero que yo lo rechacé que no todos los cuerpos no somos iguales. Entonces, cuando él me inyecta el Lagartil sufro algo terrible, terrible, esto es para tu tesis debe ser muy buena porque Ju me dijo que casi todas las mujeres que él le inyectaba eso sufrían lo mismo que yo había sufrido. Cuando me inyecta en la nalga yo caigo dormida, pero en el mismo*



*instante me despierto, me despierto agresiva y me rompo la dormilona y trato de pegarle a él en la cara y me sostuve porque vi que era Ju y vi a Joan, a su hijo a mi lado y me puse a llorar; me puse a llorar y vi a mi sobrina y dije: Dios mío, me voy a desmayar, ya se me van a ir las piernas; cuando enseguida que veo todo nublado, vengo y me comenzó la asfixia, allí cuando vio Ju que no podía respirar, había un muchacho casualidad, en el frente y me llevaron de inmediato para la clínica y allí me inyectaron para el asunto del corazón y me pusieron la cámara de oxígeno, ahí me salvaron, pero yo no dormí en toda la noche amanecí, amanecí sin dolores por eso digo que los dolores son de los nervios, amanecí sin dolor con el cuerpo muy pesado; con el cuerpo muy pesado, pero con los ojos abiertos, no los pude cerrar, o sea, me drogué verdad, me drogué y eso fue terrible, terrible como reaccioné, el doctor Ju me dijo que así reaccionaban muchas y muchas que llegaban con crisis; yo no estaba en ese momento con crisis, lo que estaba era adolorida y el doctor V me dijo que esa era la reacción que daba esa fue terrible, terrible, terrible Mario; allí yo no tomaba tranquilizantes, no tomaba, solo tomaba....*

*Ah sí, sí espérate me hice adicta al Buscobras. l Buscobras es una, no es psicotrópico, pero sí causa dependencia, sí hace dormir y sí quita los dolores, me tomaba dos diarios de por vida tuve tomándolos años sobre años hasta cuando me hospitalizaron la primera vez que el doctor me lo prohibió terminantemente porque estaba que si cuando me lo tomaba ya lo rechazaba, yo me estremecía toda y me daba más dolores y me hacía brincar. Mario, yo brincaba, yo brincaba y me arrecostaba a la pared; de cara a la pared como si quisiera agarrar algo y me agarraba así de la pared, agarraba la pared y hacía así, hacía así como la desesperación, Dios mío, Dios mío, qué hago mami me vio y me dijo: Te tienes que hospitalizar. Mamá me dijo eso: A ella la tienen que hospitalizar, porque ella no va a resistir más, ella lo que se puede es morir. Fue cuando Javier, a Javier mi yerno, el esposo de mi hija Adriana, habló con esa doctora y pasó todo lo que pasó en el psiquiátrico que cuando me están investigando, me están haciendo la historia ella dijo que yo estaba somatizando, que los nervios me estaban haciendo enfermar todo, todo, todo hasta el corazón, hasta el corazón; la tensión, los riñones porque me quería orinar inmediatamente, orinaba y quería orinar inmediatamente, entonces, ellos decían que, eso*

*es una palabra que ellos tienen, ese diagnóstico que yo voy a tratar voy a tratar de comunicarme hoy con el doctor R y le voy a preguntar cuál es mi diagnóstico, le voy a prestar el teléfono a Joselyn, a mi hija y voy a comunicarme con él, porque él es muy atento y no puedo ir ahorita para la consulta porque Marcelo... hay un... hubo un problema en la parrilla con el punto de venta y no han cobrado y no tiene dinero ahorita para llevarme a consulta.*

**C:** Otra cosa, Rose, además de esos tipos de tratamientos, tú has recurrido a tratamientos no tradicionales. Me recuerdo por ejemplo, que me hablaste una vez que fuiste para que una señora que te echó un humo. ¿A qué otro tipo de tratamientos has recurrido que no son los formales?

**R:** *Ay, Dios mío, a muchos, porque decía que alguien que supiera de esas cosas me sacara esas cosas porque tengo una amiga que sufrió algo así y su padre trabajaba en el retén, en el departamento de dactiloscopia y él ayudó a un peruano a que saliera del retén y el peruano le dijo: Usted tiene una hija que estaba exactamente igual que yo, exactamente, parecía una muerta: delgada, cadavérica, temblaba igual que yo y el hombre le dijo: Yo le voy a pagar, yo le voy a pagar con ese favor, yo le voy a sacar a su hija eso que le montaron y ese peruano la trabajó desde su casa y a ella le dieron, así como a mí: dolor de cabeza, cosas extrañas, se volvió loca en fin, eso sí se lo quitaron a ella. Dicen que a mí no me lo sacan es porque a mí no me ha tratado un guajiro, una guajira porque a mí eso lo trabajó una guajira y esos trabajos guajiros son muy difícil de sacar.*

*El un cubano, un cubano moderno porque vivió en Miami que me trató mucho antes de mis operaciones, él sabía lo que me estaban haciendo, pero yo no creía y me resguardaba, me cubría desde su casa para que no me mataran. Fíjate que cuando me opera D, que yo le digo: Por favor D opérame de la apéndice para no tener en un futuro apendicitis; entonces, se me quedó mirando y me dijo: Tú eres muy inteligente, sí es verdad, en lo único que tienes razón es en eso, que te quite el apéndice porque en un futuro ya no vas a sufrir de apendicitis y me la quitó. Pues, Jesús, se desapareció, nunca apareció me lo sacó fue el parapsicólogo ese K, me lo sacó, fue cuando dijo que me cuidaran a las tres de la tarde, que me dieran, me dieran té, me abrazaran, me trató ese cubano con mucho. La*

*primera sesión, la primera consulta fue extravagante, fue algo muy feo. Él fue uno de los que me levantó de la cama, incluso a él se le incorpora la llorona, cómo llama, él tiene otro nombre: la llorona, la sayona, la mujer de Satanás. Él, cuando se le incorpora este animal dio un giro tan fuerte, porque yo estaba allí, tan fuerte que por mi sobrino que es pelotero, que es corpulento, fornido, él lo agarra a tiempo antes que él se golpeará con la pared y se matara. Lo iba a matar, lo iba a matar y él gritó como grita ella, entonces, él dice que allí él me la sacó, porque después me vio otro tipo y me dijo: Lo que tenías, ya no te lo veo. Otro tipo, otro tipo de palto que trabaja en una inmobiliaria y me vio y me dijo: Rose, lo que cargabas ya no lo cargas encima. Lo del tabaco de la conjuntivitis eso fue real, la mujer me dijo: Yo, se lo sé sacar más no se lo voy a sacar porque me muero del corazón, me da un infarto, lo que usted tiene es muy fuerte me dijo y el maestro que me trató una noche para que no me mataran. Él orinó sangre... la doctora, la doctora F, a ella la llaman Gila, ella está... ella está graduada en, cómo llaman la especialidad de generi... genérica, genérica creo de cuidar a los ancianos, de sanar a los ancianos.*

### **C:** Geriátrica.

**R:** Geriátrica, ella tiene ese postgrado y tiene postgrado de dolencias, de dolor eso tiene otro nombre. Ella tiene varios postgrados, es una mujer preparada, me sacó todo lo que te dije, todas las cosas que me sacó en el consultorio y tuvo una semana en cama orinando sangre y me dijo que no me podía tratar más. Luego, después de unos años me trató con un sacerdote, el sacerdote me fue a la casa y quemó los santos óleos con el algodón y vio a la mujer y dijo que era una muchacha que me quería ver muerta y vio los materos todos y me dijo: En estos materos hay tierra de muertos, saca todo esto de aquí y aquí hay algo enterrado en esta palma y agarra la sábila que tienes guindada y me llevo para la casa de mi hermana, yo me tuve que ir para la Coromoto en la iglesia de San Francisco y cuando íbamos vía a la Coromoto paró la camioneta y me dijo: Desconjúrala tú, si yo sé lo que me va a pasar no lo hago y me dijo: Bueno, gracias padre por haberle dado el poder a esta planta que recogió tanto mal que había en mi casa, te doy gracias y te bendigo y te alabo, bendigo tu santísimo nombre, amén. Y boté la sábila pues, esa noche quedé inerte; eso fue un sacerdote, eso fue el sacerdote que hizo el exorcismo en las dos

*casas que están inhabitables en 5 de Julio. Esa noche yo quedé inerte, cuando yo pude hablar con él le dije que por qué no me había dicho lo que me iba a suceder, que yo no lo hubiese hecho. Me dijo: Mija, si a mí no me dejaron dormir me iban a producir un infarto, tuve que ponerme la sotana negra y acostarme frente al santísimo para que no me dieran un infarto, yo estuve muy mal.*

*Y yo le dije: Yo que no me podía levantar de la cama, era mi pobre madre sobándome con alcohol y orándome; sobándome y orándome y echándome en la nuca el aceite que la doctora me había dado el aceite que ella bota por las manos, ella me dio un frasquito; cuando yo me echaba ese aceite me dejaban tranquila y podía dormir, y podía comer eso fue... pasé una semana en ese tormento, me vieron muchos espiritistas hasta que un día le prometí al Señor no volver a que me trabajaran sino que fuera su propia mano, sus propios ángeles que guerrearán en contra del mal, que las ataduras porque son ataduras como me dicen los pastores, son ataduras las que yo tengo, estoy encadenada con esos principados como dice la Biblia, principados que son los huéspedes de las tinieblas, los huéspedes de Satanás.*

**C:** Actualmente, ¿Sigues algún tipo de tratamiento?

**R:** *Sí, con una gravedad de mi amiga y una enfermedad de mi primo que murió. Me puse muy triste y muy mal y comenzó la taquicardia y el temblor, no me podía dominar y estaba en la casa sola o no estando sola y tuve que retomar el tratamiento, comprarlo; mis hijos me lo tuvieron que comprar todo completo porque nada más me estaba tomando el de dormir; la media pastilla para dormir y el psicotrópico que era el Alpraxolan que ese es el que me calma el dolor del maxilar; es el que me calma el temblor.*

**C:** Es decir, que el tratamiento que ahora estás tomando es únicamente psicotrópico y sedante.

**R:** *Sedantes y psicotrópicos, el uno es para los nervios.*

**C:** Tú trajiste allí algunos medicamentos. Me podrías dar una breve explicación: ¿Cuáles son?, ¿Cuántos son?, ¿Para qué sirven?, ¿Qué efectos tienen?

**R:** *Vamos a contarlos, el Paxil es maravilloso, es milagroso es como... es milagroso, la fórmula se llama paroxetil clorhidrato, eso es de 20 miligramo, tranquiliza mucho Mario, tranquiliza mucho ; hay otro con ese nombre que está por allí para recubrirme el estómago siempre lo uso, la Ranitidina, este es el nombre de la fórmula de 300 mg., este es para recubrir el estómago y no sufrir acidez y dolencias porque sí, sí me duele el estómago, sí me duele fuerte; este es el psicotrópico, el tranquilizante, el Alprazolam de 1 miligramo...el laboratorio lo llama Tafil, pero la fórmula se llama alprazolam y es de 1mg, la tomo la mitad por la mañana y la mitad por la noche como me lo puso el doctor V. Te voy a hablar del Seroquel que esto es para dormir, la fórmula se llama quetapina. de 300 miligramos, es mucho los miligramos para mí y la parto por la mitad; esto me hace dormir, me hace dormir porque antes no descansaba, no dormía y no me descansaba el cerebro y me la pasaba muy mal, mal, mal porque pasaba toda la madrugada despierta fumando, que yo no puedo estar fumando mucho y este es el medicamento que lleva los nervios a su lugar los estiran porque así me dijo también el doctor J, me dijo las mismas palabras del doctor V y del doctor R que es un medicamento para los nervios estén estirados y no estén latiendo, moviéndose molestando los músculos y los órganos, el, el componente se llama: dival proato sódico es de 500 miligramos, ahora vino de 500 miligramos. Te ácido valcopri... val...proíco o valproico de liberación prolongada. Sí, porque el Valcoter no dura 24 horas más éste, Valcoter, que como le dicen los médicos Valcoter es acción prolongada, esta se toma dos veces al día: en el almuerzo y para acostarte este es el que los dos psiquiatras me recetaron que la tomara de por vida. El Sistalcil es un calmante para el estómago, no dice cómo se llama, debe ser que se llama Sistalcil el componente no tiene, sí tiene, pero está muy pequeño y no lo puedo leer, ese es un calmante para los dolores de colón y de estómago.*

*El Atenolol de 100 miligramos dicen los médicos que es para bajar la tensión y para tranquilizar. Bueno, este es el nombre de este medicamento que me da el seguro social. Ricnilan comercialmente yo lo compro como Bloqueum, pero como este me lo está regalando el seguro social lo aprovecho, lo aprovecho, pero el que yo tomo, el que me indica la internista y el doctor V es el Bloqueum, ese es el tratamiento que yo llevo.*

*El que siempre llevo, siempre, siempre, siempre he tomado ha sido el tranquilizante; el tranquilizante Tafil, el Seroquel para dormir, el Atenolol que es el Bloqueom o Rutilan para la tensión y la Ranitidina que es un componente para cubrir las paredes del estómago parece al Omeprazol, pero el Omeprazol también lo tomo mucho, el Omeprazol a mí me calma los dolores más no me quita la acidez; la acidez me la quita la Ranitidina muy buena, eso es lo que me manda el doctor R, la Ranitidina sabe mucho, él sabe mucho de medicamentos por eso es que hace esos congresos en Alemania, Suiza, en Washington, pagos por él son pagos por él. Siempre anda de congreso en congreso.*

**C:** ¿Cuál de los tratamientos crees tú que te ha surtido un mayor efecto?

*R: El del doctor R, el último, el que me ha sugerido, he sido alegre otra vez, he dejado de pensar, este, en mi pasado, que siempre estaba pensando en mi pasado, en lo que sufrí, en por qué me dejé llevar por esas cosas, en por qué fui tan gafa, tan estúpida en haberme dejado llevar y no llevar mi vida como yo quiero. Eso es lo que está tratando ahora mi marido Marcelo de hacer, de truncarme, como me ve tan feliz, me ve tan feliz; él, el, el psiquiatra me dijo que tenía que salir de ese problema y el muchacho este que es como parapsicólogo, como un espiritista me dijo que viviera feliz, que viviera con lo que Dios me había dado, que disfrutara todo lo que había sufrido, que ahora lo disfrutara; entonces, ahora tengo el problema de Marcelo registrándome el teléfono y mirándome todo, no puedo hablar con nadie porque él se mete en las conversaciones, me entiendes.*

**C:** Mira, vamos a precisar un poco sobre tus tratamientos con antipsicóticos o los psicofármacos. Has tenido mucha variación en el tratamiento, ha ido de mayor a menor, cómo ha sido tu comportamiento.

*R: He tenido varios cambios en las medicinas porque el doctor V me colocaba un tipo de tratamiento si más no recuerdo el Anapramil para la depresión, el Abaxon que está diseñado para que dure 24 horas en el estómago porque ellos explican de que cuando el enfermo mental sufre una desvariación, cuando ellos cambian de personalidad, verdad, es porque el antidepresivo y el psicotrópico, el tranquilizante se disuelve en el estómago y ya no está en la sangre y el paciente comienza con sus locuras y con sus*

*shows, entonces, ese abaxon que es el apraxolan, ese abraxon está diseñado por los Estados Unidos para que dure 24 horas del día y la persona no se alarme, no se ponga furicó; ¿Me entiendes? Me ponía otro medicamento, Reverón, que me caía mal, porque cuando lo tomaba parecía que me estaban arrancando las piernas de raíz y yo lo eliminaba y era cuando él me regañaba, no lo tomaba más y yo le decía: Doctor, yo no voy a tomar una cosa que me haga sufrir. Bueno, la pastilla de la tensión y para dormir me recetó una que no recuerdo, porque ya hace muchos años, ya hacen varios años que me la recetó no recuerdo Mario, pero para mañana yo lo busco, esas pastillas me las recetó para que durmiera y dormía, dormía, dormía. Al principio ellas, te quiero recalcar esto: al principio el medicamento hace mucho efecto y ya después tú, ellas como que te van soltando cuando ya se van disolviendo más en la sangre o ya se va absorbiendo más, ya tú lo vas este, como te digo yo este, es como superar un problema ves que ya la pastilla ya te es más suave, las primeras te caen más fuerte, te caen fuerte, te da sueño, te da bobera, te da de todo; te ponen dopado, pero ya después tú la resistes y te haces resistentes a ellas, puedes trabajar, ¿Ves?, lo único es que no puedes destrasnócharse ni levantarse temprano porque pasas el día borracho, como me sucede a mí que si me trasnocho al otro día estoy toda soñolienta, o sea, con sueño que lo que quiero es dormir, entonces, los oficios del hogar no me dejan dormir, ¿Me entiendes?, y yo pido a mis nietos por las tardes. Lo único Mario, que yo veo en mi tratamiento es mi relación, mi mala relación con Marcelo.*

**C:** ¿Los medicamentos los has ido consumiendo en mayor cantidad o has ido bajando la cantidad de medicamentos que estás tomando?

**R:** *Los bajé, los bajé hasta que se murió mi primo y le dio el ACV a mi amiga; allí, los volví a retomar todos completos, todos completos, pero sí los había bajado porque ellos lo que quieren es que yo no tome más nunca pastillas, solo terapia.*

**C:** ¿Quiénes son ellos?

**R:** *Los dos doctores: el doctor V y el doctor R, ellos lo que quieren es que yo no siga tomando fármacos, no quieren.*

**C:** ¿Por qué? ¿Qué te dicen ellos?

**R:** *Porque voy a ser una adicta completa total, total para toda la vida y no quieren eso para mí, siempre me lo han dicho.*

**C:** ¿Quisieras decir algo más? ¿Con cuál de los tratamientos te has sentido mucho mejor?

**R:** *Con el del doctor R, con el que llaman la eminencia, que todos dicen que es una eminencia, con ese que se va para todos los países del mundo.*

**C:** ¿Y lo de él es principalmente antipsicóticos, los que te ha recetado él?

**R:** *Sí, sí... sí... todos, todos bueno, solamente me ha puesto el que me cubre el estómago y el de la tensión; los demás todos son para los nervios.*

**C:** ¿Cuántos?, ¿Cuántos medicamentos son?

**R:** *Uno, dos, tres: el Paxil, el Valcoter, el Alprazolam y el Seroquel: cuatro, el Seroquel es para dormir.*

### **Quinta sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en este caso son los aspectos relacionados con la Valoración de sí misma.**

**C:** Buenos días, Rose.

Estamos aquí para realizar la quinta sesión de entrevista que tiene que ver con la valoración que tú tienes acerca de ti misma, es decir, cómo te sientes tú, cómo te has sentido antes de que te diagnosticaran el trastorno, cómo te has sentido después, cuál es tu opinión al respecto.

**R:** *Buenos días, Mario ¡Bueno! Por ahorita está todo bien, de acuerdo a los tratamientos: ¡He mejorado!*

*Con respecto a cómo me sentía antes de los tratamientos ¡Por el suelo!, o sea, no tenía para mí no valía la vida nada. No valía la pena. Mi autoestima estaba sobre el piso y yo misma me creía nada, me creía poca cosita a pesar de que me miraba en el espejo veía a una mujer tan joven ¿Verdad? Después de los 25 años y allí comencé a vivir una vida como de rabia con mí misma por haber aceptado tantas cosas en el matrimonio, y*



*no me perdonaba por qué yo había aceptado esas cosas y por qué había dejado mis estudios por hacerle caso a un hombre que no valió la pena. Después, pasó mucho tiempo y yo en las mismas: No valgo nada, no soy nada, no soy nada, pues. No tengo remedio, no quiero vivir. Vivía así a pesar de que tenía amistades que me ayudaban es lo que me ha llevado hasta el día de hoy, Mario: mis amistades, mis amigos, mis amigas que siempre me decían: Tú vales mucho, eres muy bonita, todo.*

*Bueno, después de saber lo que yo tenía, porque uno nunca sabe que es, cuál es el diagnóstico o la enfermedad que uno pueda tener. Bueno, después que me di cuenta que lo que yo padecía, como que me sentí más sufrida y me dio lástima conmigo misma, pero pensé en mí, en que no podía seguir así deprimida y decidí hacer de la vida un juego, un solo bonche, arreglarme, emperfumarme, vivir con mis hijos, salir de viaje, sola con ellos que antes no lo hacía, sino que lo hacía yo sola.*

**C:** ¿Cuándo decidiste ese cambio en tu vida y por qué?

**R:** *Cuando me di cuenta que estaba enferma, que estaba enferma de los nervios; que tenía una enfermedad en el cerebro, o sea, en mis neuronas y mis... los nervios mandan las... ¿Cómo se llaman?... a los órganos, y los órganos se ponen mal, a veces, se enferma, a veces duele. Todo eso me lo explicaron los médicos, entonces, yo misma he tratado de superar eso para curarme, para salir de esa enfermedad. Y además Mario, he visto personas que se han curado de los nervios. He conocido a unas cuantas personas que no sufren, pero para nada de los nervios y se han curado con medicamentos yendo a jugar bingo, yendo a caminar, y todo lo demás. Entonces yo digo: Por qué si yo he visto, dicen que los nervios es una enfermedad que no se cura y he visto a una persona que están bien, entonces digo: ¡Vamos! Y tengo un buen médico, vamos a darle, o sea, quiero estar bien, voy a estar bien, yo voy a superar esto lo que pasa es que estoy un poquitico como en cuestión de tiempo, de tiempo.*

**C:** Cuéntame cómo valoras tu infancia antes de que entraras en la enfermedad.

**R:** *Mi infancia fue lo más lindo, o sea, ¡Jugar! jugar, estar encima de mi padre cuando mi padre estaba en la casa él estaba lisiado, tenía un*

derrame cerebral y por lo tanto, yo le hacía todo; él era barbero y era pavo, entonces, en la barbería le hacían unas cosas y yo en la casa le hacía otras; entonces él me enseñaba mucho y me daba como rienda suelta como para que yo jugara en aquel patio tan grande que había hasta como con un gimnasio, había una cancha de volibol. Yo me la pasaba jugando, me la pasaba subida en las matas, mi infancia fue buena; con mis amiguitas, muchas amiguitas, incluso una española que vivía al lado de mi casa, compartíamos mucho. Con la señora Rosa, ella me invitaba para que yo estuviera con sus tres hijos en la casa del señor Mariano: los dos españoles no las llevábamos muy bien y pasé una infancia con esa influencia ¿No? De querer vivir ansiosamente ¿Verdad? Vestir bien, estar siempre arreglada, emperfumada. Bueno, esa relación que tuve con los vecinos del lado, mis amigos españoles me ayudaron como a vivir una vida diferente a la vida de mi familia siempre en superación, siempre en una alegría en un grupo, porque yo digo y comprendí que la vida sin los amigos no es vida; no es vida y que la vida sin una reunión no es vida, porque yo tengo muchas obligaciones en la casa, pero si no estoy reunida gozando plácidamente con mis amigos, con mis hijos, mis yernos y mi nuera, bueno, ¡Soy nada!, soy...soy... me vuelvo triste. Bueno, después de esas alegrías de mi niñez, de mi juventud Mario, fue algo muy bello, o sea, eso es como enamorarse de la vida. Me enamoré de la vida con todos esos amigos tan bellos, mis amigas tan bellas, tan cultas, preciosas, mi bachillerato fue precioso; mi primaria bella, bella porque yo escogía a mis amigas. Estudié en un colegio donde no habían varones, sino puras hembras, habíamos puras hembras y compartíamos mucho, mucho, mucho; no nunca, nunca me dio por estudiar en un colegio de monjas sino allí, en mi colegio, en el Orangel Rodríguez en mis seis años cuando salí de la primaria, mi papá me pidió que estudiara Derecho, o sea, imagínate. Bueno, yo estudié bachillerato comercial y podía estudiar Derecho, pero ¡no! le dije: Papá, no, porque no me gusta leer, o sea, sí me gusta leer, pero no retengo la lectura en algunos casos. Entonces, él vivía diciéndome que yo servía para abogado como él yo siempre fui, he buscado de andar con médicos; mi padre era de abogados, yo le tengo como fobia a los abogados, me fascinan los médicos, me encantan, me encantan porque ellos son científicos y le llevan a uno a vivir a un plano, que bueno, que tu Mario atraviesas barreras que

*si por lo menos se te muere un amigo entrañable, caes en una depresión. No depresión, una tristeza y los mismo amigos te llevan, te sacan de esa tristeza, de esa depresión, porque yo perdí un amiguito que era amigo de mis hijos y me ayudaba en la crianza de mis hijos y él incluso me dijo como la canción de Ilan Chester que se llama "Amistad" me dijo: Esa canción, yo te la dedico me dijo, antes de matarse del accidente. Esa canción es para ti, me dijo y bueno, cuando se mató en el viaje con nosotros yo casi me muero. Mis hijas lloraron mucho, se tuvieron que ir de la casa, porque parecía que lo veían y salimos, salimos Mario de esa tristeza con el mismo, tú sabes, roce de los amigos y hasta de la misma familia, de mi mamá, de mi hermana Judi que siempre estuvieron junto conmigo, nunca me abandonaron, nunca.*

**C:** Esa época tan feliz que tú señalas de tu infancia y parte de tu adolescencia, ¿Cuándo termina? ¿Dónde se quiebra?

**R:** Bueno, cuando ya decidí divorciarme, desde mi primer matrimonio. Cuando decidí divorciarme de mi primer matrimonio quedé deprimida, horriblemente deprimida y hubo una amiga que se condolió de mí y me dijo: Estás viviendo un infierno muy feo. Y le dijo a mi madre: Yo me la voy a llevar y ella bueno, como ella era comerciante, me llevaba para todas partes. Hacía lo que tenía que hacer en la casa: limpiaba, dejaba todo listo, acomodado, dejaba a mis hijos con mi madre y mi hermana y salía a bonchar con ella, a vender las cosas que ella vendía. Bueno, todo bello... bello, incluso, bueno, me pasó lo que me pasó.

**C:** ¿Qué fue lo que te pasó que te pasó?

**R:** Que me enamoré otra vez y sufrí otra decepción y grande amor, me dio mucha tristeza. Allí caí otra vez en depresión y, en que yo no valgo nada, yo no soy nada, entonces, siempre con mis amigos, con mis hermanas vamos a salir, vamos para la playa, vamos de viaje, vamos para los Andes; bueno, todo eso lo superé por siempre, siempre por la ayuda de las otras personas y bueno, superé eso, seguí mi vida en un solo bonche y seguí bailando porque eso era lo que más me atraía, me gustaba: bailar, bailar, bailar; yo sentía que botaba mucha energía, bailando y conocía a muchas, muchas personas hasta que me empezó la guerra o la enfermedad de las hormonas. Las hormonas, como me dijo un cardiólogo que me examinó y me dijo que yo había

*nacido con problemas hormonales y que por eso era que tenía los dolores menstruales terribles que Mario que de joven, la primera vez que se me subió la tensión fue antes de los 30 años, que me dijo este señor que fue mi segundo novio, mi segundo amor que es médico, me dijo cuando le dije que se me habían puesto las orejas rojas y que me había pintado toda de sangre por todas partes, por el pecho, por los brazos y la cara. Me dijo: Se te subió la tensión, ¿Qué estabas haciendo?*

*¡Nada!, estaba en el cuarto con el aire acondicionado.*

*Entonces, tienes una tensión emocional, vas a sufrir de una tensión alta emocional.*

*Y así fue y la cargo, y la tengo bueno, no me cuidé nunca, nunca, hasta que llegué a la mano de este cardiólogo y él me habló de las hormonas y bueno, Mario, a los 37 años me practicaron la histerectomía y ahí mismo, por desgracia fue cuando perdí el equilibrio y me atacaron los nervios por tantos antibióticos y tantos antialérgicos que me inyectaron y cuestiones extrañas como esteroides, como el Quenasol que me inyectaban en el vientre para el rechazo de los puntos. Todo eso me llevó a las crisis de nervios porque cuando llegué a la consulta de por primera vez de un psiquiatra, bueno, me vieron muchos psiquiatras que no llegaron a nada, o sea, parecía que estaban en el limbo o no les interesó mi vida como paciente, no me dijeron que estaba enferma, no, que saliera que hiciera mi vida antigua, que siguiera bailando, que siguiera yendo al estadio, todas esas cosas. ¡No!, no podía porque no conseguía equilibrio para hacerlo, el sentir los nervios de punta, eso es lo primero que sientes Mario, es que no quieres ver nada del mundo, que quieres estar acostado, que quieres estar apartado de todo el mundo y no escuchar ruidos, solamente lo que te agrada a ti, te pones como en una cuestión, en un mundo, no este mundo es mío y lo voy a hacer a mi manera, o sea, escuchar música bien de jazz o clásica, o baladas o rock; me gusta el rock de los años 60, 70, 80, 90 bueno, todos. Bueno Mario, yo me siento como que si hubiese vivido muchas veces, hubiese muerto muchas veces, incluso, yo he dicho que a mí me operaron en el 91 y hubo un día, unos días que dije que esos 12 años, ya habían pasado 12 años de sufrimiento, esos 12 años yo no los sumaba a mi edad y cuando cumplía años decía: Tengo tantos años, o sea, me*

*restaba 12 años y la gente me criticaba y me echaba bromas y no, porque esos días de sufrimiento, yo no los pongo, no los he vivido, para mí la vida es, tiene que ser felicidad, la vida tiene que ser alegría, tiene que ser amor tiene que haber un amor; tiene que haber un hombre; una pareja, que te diga, que te cante, que te diga poemas ¿Me entiendes? Que salga contigo, con los amigos, no es una pareja para una cama y chao... no... no...no. Una pareja que te penetre, o sea, que se compenetre con tu vida, con tu relación, con tus reacciones, con tu felicidad.*

*Bueno, y después de tantas cosas Mario, he querido vivir y he sido feliz. Te digo de mi primaria, de lo que recuerdo de mi niñez con mi padre, porque fui criada por él se puede decir porque mi madre no me atendió por estar trabajando; por estar trabajando mi madre no me atendió, me atendió fue mi padre y mis hermanas mayores. Bueno, a pesar de que me daba mucha lástima con papá, verlo caminar así de esa manera como era tan fuerte y valeroso y inteligente entonces, los amigos de él eran los Bellosos, los Villasmil, la gente adinerada de aquí de Maracaibo, entonces yo veía ese ejemplo y decía: Yo voy a ser así como mi padre, yo voy a ser así, voy a buscar de gente que me realce, porque él me decía que cuando me fuera a acercar a un árbol, que me acercara a un buen árbol, que me diera buena sombra y que me agarrara del tronco, no de las ramas. ¿Me entiendes? Y bueno, y por mí padre comencé a hacer las pasantías en el banco que eran los amigos de él, el padre de Lupita Ferrer, el señor Ferrer, no recuerdo el nombre ya ¡Atilio Ferrer! Eureka, era el presidente del banco, entonces, yo veía esas personalidades. ¿Me entiendes? Como amigos de papá y como los Leonardi, esos son personas millonarias de cuna, pero que son instruidos. ¿Me entiendes? Tienen todo grado de instrucción y por ahí era que yo siempre, siempre me fui. Por lo tanto, me casé con un buen profesor, con un pedagogo, químico que salió súper bien, súper bien, o sea, un hombre que da una clase y esa clase no se olvida nunca. Luego me separé de él y fue cuando me enamoré obligada podría decirlo así porque cuando me divorcié decidí no volver a ver nunca más a un hombre ni que me tocara la mano, ni un dedo, no quería saber nada de el amor ni de los hombres, pero este hombre que me enamoró, él estudia medicina y me hizo cambiar y me devolvió la felicidad, me devolvió la alegría de aquella muchacha de bachillerato de aquella muchacha y cuando quiero*

*ser feliz, Mario, me voy, me remoto a esa época, me remoto y comienzo a pensar en las clases, en las muchachas, éramos 2, no, perdón éramos 3 y 2; y 2 muchachos mi grupo. Y, después cuando me gradué que me quedé en el banco, como toda la gente me querían, me decían Azuquita, ese era mi apodo en el banco y algunos me celaban, me decían que el señor Leonardo, el hermano del señor Leonardi me dejaba entrar en la bóveda y allí en la bóveda no podía entrar nadie nada más que él y me decía que él me tenía confianza porque yo soy hija de Benardino Guerra un hombre que es un, o sea, un hombre intachable y ese señor bueno.*

*Te cuento lo del banco porque en lo del banco fue cuando yo comencé a crecer como mujer después de un bachillerato donde tú sabes que te roban, o sea, que estás siempre ocupado, que no tienes tiempo de echar broma ¿Verdad?*

*Cuando me gradúo consigo allí en el banco solidaridad de muchas amigas, de muchos amiguitos, o sea, admiradores, bueno, en fin, todo era normal, es más, yo creo que ninguna persona vivió más que yo en esos tiempos de mi juventud. Bailé mucho, salía mucho con mi hermana y los amigos de ella del banco, porque ella trabajaba en otro banco, en el Occidental, entonces, éramos un grupo y tú sabes cómo es la vida que uno lleva en un grupo Mario, puro, o sea, siempre fui jovial siempre me fui por la moda, siempre con las canciones de moda siempre, o sea, siempre fui moderna es más, con la edad que tengo sigo con que soy moderna y que no me gusta la gente apática, no me la gente triste, no me gusta la gente hipócrita, no me gusta la gente que vive, como te digo, sin relacionarse con nadie, no me gusta.*

**C:** Cuéntame, ¿Cómo te fue cuando te casaste?

**R:** ¡Hay mi madre! eso fue: terrible, porque conocí el amor y el odio, conocí el odio, o sea, Mario, amé demasiado al padre de mis hijos que pensé que había quedado con lo que con el maltrato que me dio y cuando pensaba divorciarme, pensaba que había quedado... ¿Cómo se llama? Inválida, o sea, pensé: nada, se acabó mi vida, se acabó mi felicidad, mi mundo fue negro, porque tenía un trato hostil, Mario ¡Hostil!, o sea, era un hombre que me ganaba con lo quería tanto me ganaba con una caricia y un te quiero y una canción y después, parecía otro. Ese sí era bipo-

*lar, ese sí. Su madre decía, o sea, yo, siempre supe que era neurasténico, ¡Siempre! Y traté cóncchale por mi matrimonio, porque pensé ya mi padre estaba muerto la enseñanza de mi papá que él no quería una divorciada. No quería divorciarme, Mario, pero él me trató muy mal y sufrí mucho, lloré mucho; me hizo llorar mucho, él manejaba mi vida, lo que le gustaba a él era lo que yo tenía que hacer. Escogía mis amistades, escogía todo, mi vida todo, todo lo escogía y hasta que había un punto de que con respecto a mis amigas yo tenía que poner un parado a las órdenes de él, porque era un dinamo, o sea, era además energúmeno un estúpido también, porque creía que él me dominaba y que yo tenía que vivir con las órdenes de él. Entonces, bueno Mario, ya no estaba mi padre y había un hermano que era alcohólico y quería golpearme y yo decía que yo no podía irme a la casa de mi madre divorciada por ese hombre y entonces decidí aguantarle hasta que él me comprara la casa, pero además de amarlo mucho, sufrí mucho lo quise muchísimo, por lo tanto le tuve 3 hijos, pero tú sabes que la fe y el saber de que hay un Dios poderoso, un Dios inmenso como dice la Biblia yo me comuniqué con el Señor, hice pacto con él, me arrodillaba sin saber, sin haber leído la Biblia, me arrodillaba, ¡Claro! Veía que en la iglesia nos arrodillábamos a pedir perdón y cuando estaba sola, cuando mis hijos estaban durmiendo o estaban en el colegio yo me arrodillaba y le pedía al Señor que me quitara ese amor enfermizo, ese amor para yo poderme divorciar, porque no podía divorciarme queriéndolo, no podía, no podía porque volvía con él siempre, cada vez que él me vejaba, me trataba mal con sus estupideces yo me ponía deprimida y bueno pensaba... pero allí, creí en ese Dios y creí que ese Dios me quitaría ese amor enfermizo y así lo hizo y así pude divorciarme, porque no había manera, después que Mario mis médicos, amigos, te estoy hablando de todos, médicos de distintas especialidades, antes de yo llegar a la consulta de los psiquiatras, todos me decían que ese hombre a mí me había enfermado, que me había dejado enferma de los nervios, que de las crisis por lo que yo les había contado y mis psiquiatras me dijeron lo mismo que ese hombre me había enfermado por la vida que me había dado.*

*Yo diría, ¿Cómo se llama? Cuando es un hombre energúmeno. Él quería hasta golpearme, pero yo no lo, no le aceptaba, no le aceptaba, porque le mencionaba, le decía: Cuidado me pegas porque se lo digo a mi*

*hermano y mi hermano te lo ha dicho mil veces que yo no te faltó en nada y que si me pones una mano encima te la vas a ver con él; y mi hermano fue boxeador. Bueno, y entonces él se retractaba porque siempre quería caerme a golpes ¿Sabes?, te voy a decir una de las cosas que me pedía: que tuviera 12 hijos para que yo viviera ocupada y no lo celara y no estuviera pendiente de su vida, entonces, yo veía eso que no podía ser; que yo no iba a tener 12 hijos porque con 3 hijos ya yo estaba desesperada, no hallaba cómo atenderlos y decía: ¡No, yo no puedo! Entonces, allí comenzó Mario a cortarme todo, a tratarme mal, a encerrarme, a no comprarme comida, incluso, hubo un día de que no quiso pagar los servicios públicos para obligarme, se fue a casa de mi madre a decirle que yo no le hacía caso, que no le obedecía porque no le quería tener otro varón para que mi hijo Ozi jugara con otro hermanito y yo no, no y no Mario, porque ese era un hombre de que no le daba la buena educación a sus hijos, siendo un educador, no le buscó cupo a sus hijos en ningún colegio, jamás ni nunca pagó un colegio privado, porque no quiso.*

*En relación a los niños quería pegarles de nada, los maltrataba, entonces, no... no, yo decía: No puedo tenerle más hijos a este hombre, además de que ya con tres era suficiente. Tú sabes que ya ahora en este tiempo, tres es suficiente, entonces bueno, allí me cerró una vez las puertas de adentro de la casa, primero las de la calle para que no entrara nadie en la casa como sus hermanos.*

*Después del divorcio quedé como anonadada, apagada, no quería salir, no quería saber nada de ningún hombre; de nadie, pues, me sometí a ser madre y padre a la vez y hubo una vez que me visitó una amiga y me dijo: No puede ser que tú estés viviendo así tan triste, no quieres salir a la calle. ¡Vamos a salir! Yo trabajo en la calle. Ella trabajaba vendiendo cosméticos, perfumes importados y ropa importada porque su marido, su ex marido le pasaba todo por el aeropuerto ¿Cómo llaman eso? La aduana. Ella ganaba mucho dinero, vendía todo, vendía al contado, vendía por mayor; no vendía a crédito y le iba muy bien, entonces, ella con su alegría y su empeño de sacarme me salí, pero siempre la tristeza por dentro.*

*La veía a ella tan hermosa. Una mujer hermosísima, altísima, con un cuerpo de guitarra y un cabello liso, y una cara perfecta que parece a Sha-*



ron Stone y yo decía: ¡Dios mío!, que mujer tan bella decía yo y bueno, yo salía con ella y creía que todos los hombres se enamoraban de ella. ¿Me entiendes? Y ella me recalaba y ella me decía: Esta vez, no se fijaron en mí, esta vez ese hombre está enamorado de ti.

No, Judi, ¿Cómo me van a mirar a mí? Yo tan chiquitita, tan bajita y tú con tu estatura, tu cuerpo y tu cabello. No, sí porque tú eres muy feita me decía ella, tú eres una muchacha linda y bella Rose, me decía. Bueno, una vez estuvimos en el aeropuerto, en Maiquetía y hubo un mangazo un buenazo que estaba mirándonos y andaba con el novio; ella nunca puede estar sola, es tan hermosa que nunca está sola, estábamos en el aeropuerto y miro al hombre y le digo: Judi, qué hombre tan bello. Y me dice ella: Y no es nada que te está mirando es a ti.

¿A mí? no, chica.

Rose, por favor te está mirando a ti. Vamos a hacer la prueba para que tú veas.

Y entonces, nos sentamos en un café; tú sabes que Maiquetía tiene muchos café. Nos sentamos en el café de abajo, por cierto y el novio de ella en ese momento, cuando hablamos el novio de ella me celaba, o sea, que él decía que de mí nadie se iba a burlar, porque estaba divorciada. Entonces, él salió y cuando volvió él se fijó y me dijo: Ese tipo te está mirando mucho, con mucha insistencia y no le vayas a permitir nada, pero ni un, ni un ¡sí!, ni un ¡no! Y entonces Judi me dijo: Como es una... Judi es demasiado inteligente, audaz, me dijo:

Escríbele en un papelito el teléfono de mi hermana Carolina porque el aparatito de ella todavía aún era nuevo, no tenía teléfono y no existía el celular. Judi no puede ser. Perdón, perdón, tiraba los papeles con la cita no, no, no, no yo no voy a hacer eso yo prefiero.

Pero no seas tan boba, no ves que ese puede ser tu futuro, ese hombre mira cómo viste, mira el maletín; ese hombre debe estar full de billete. No, Judi, yo no puedo hacer eso. Total de los totales que el hombre iba para Mérida y nosotros veníamos para Maracaibo y agarró y antes de irse para el pasillo de Mérida se me presentó: Mucho gusto, no me acuerdo cómo se llama, nos vemos, chao. O sea, no me dejó teléfono ni yo se lo

*pedí que debí habérselo pedido porque a lo mejor ese hubiese sido mi felicidad. Entonces, bueno, esa fueron mis alegrías y por dentro la tristeza; por dentro llevaba la tristeza porque yo no me había abierto a la vida, yo no me había abierto a la vida, estaba muy cerrada y eso era lo que el doctor V decía que me abriera, que viviera así, espontáneamente, que lo que yo sintiera lo hiciera.*

**C:** ¿Qué tiempo transcurre en el momento en que tú te divorcias y acudes por primera vez a una consulta con un médico psiquiatra?

**R:** *Cónchale, bastante. Mi divorcio lo introduje en el 80 y yo comenzaría con el doctor V como en el 2007 comencé con él, el doctor R con el doctor V... yo lo vi, yo revisé para traerte la información. Yo creo que en el 1997. Yo trataba mucho Mario con mi amigo el cirujano y él me decía que yo había quedado enferma por mi divorcio, por mi matrimonio, que yo había, que mi ex marido me había enfermado sí, este es el doctor R, el 2008... ¡Ay, Dios!*

*Bueno, prácticamente sería dos mil, mil novecientos, como en el mil novecientos noventa y ocho comencé. Voy a buscar los récipes que los tengo guardados.*

**C:** ¿Cuántos años estamos hablando?

**R:** 97 *¿Hasta ahora?*

**C:** No, ¿Cuánto tiempo de tu divorcio hasta la consulta con el psiquiatra?

**R:** *¡Ah! Ya Mario, hay que sacar cuentas, 80, 97, como...*

**C:** 17 años.

**R:** *17 años y fue por lo que me pasó que me deshidraté y te acuerdas que te conté que había sido una cosa horrible, horrible, o sea, deshidratada y sin poder caminar, pero, lo que te quiero contar es que hablaba con mi cirujano y mi cirujano me decía: Rose, acuérdate que tú... ese hombre te maltrató mucho delante de las personas y perdiste a tus amistades por culpa de él y eso fueron, eso te llevó a ti a que se te subiera la tensión incluso, emocionalmente porque yo estaba un día, estaba muy tranquila*

*en mi habitación y de pronto Mario me empecé a sentir mal y comencé a sentir un calor en la cabeza y vine y me vi los brazos todos pintados, yo dije: ¿Será rubéola? Pero si ya a mí me dio la rubéola y me vi las orejas rojas, totalmente rojas, o sea, yo estaba tranquila, yo no estaba peleando, nadie se había muerto y consulté con un médico me dijo: Sufres de tensión emocional, ¡vas a sufrir!*

*¿Y sabes qué edad tenía?*

*27 años, 2 años. Introduje la demanda de divorcio a los 25 años y estuve con mi amiga 2 años, 2 años del timbo al tambo y bonchábamos mucho, bonchábamos mucho, bailábamos mucho; más nunca me enamoraba, ni nunca me dejaba tocar de nadie y hubo una vez que estuve con mi hermana Judith; también se llama Judith, ya ella está en el cielo mi hermana Judith, su empate se llamaba Oscar Parcelo y llevaban una vida de puro bonche, viernes, sábado y domingo. Viernes: bonche, sábado: bonche y domingo: Caimarechico. Entonces, ella luchó, me contó que había luchado con Oscar para que me dejara entrar en el grupo, porque todos estaban empatados, la única que no tenía empate era yo: ni marido, ni empate. Bueno, y una vez me llevaron al cine con un señor; un muchacho, yo lo llamo muchacho, él me llevaba un año, teníamos ya yo tenía 27 años, él 28 íbamos al cine y él era extrover... introvertido, yo decía: Bueno, si no me quiere hablar no importa veíamos la película y tal y esto, y Oscar un día me dijo: Yo quiero que tú te enamores de Nelson. Nelson Castellanos es abogado y fue Embajador de Venezuela en Francia; vivía en la Virginia, adinerado y Oscar quería lo mejor para mí; mi cuñado soltero, entonces hablaba perfectamente, se educó en Francia seguimos y nos hicimos amiguitos y bailábamos y bonchábamos y bonche y bonche y todo y él echaba broma con los copeyanos porque yo le decía: Uy, copeyano, yo soy adeca andaba detrás de Calvani y entonces él me decía tantas cosas y yo le decía: Nelson, cuando habían bonches en esa casa, en casa de los Sicilianos, de los italianos habían dos bonches: uno, el de nosotros en una discoteca que era del mayor. Higinio agarró y nos encerraba en ese salón a nosotros y sus hermanos: el abogado y el que estudiaba medicina para la sala, o sea, Oscar decía: El perraje para la sala. Todos los abogados y todos los médicos para la sala y nosotros allí. El que lograba entrar, el colado... Oscar ya ponía el carón, y yo le decía a Nelson cuando me*

sacaran a bailar que soy la que está disponible: Me abrazas, por favor. Le tenía confianza porque él no era atacón, entonces, así lo hacía y para ellos yo era novia de Nelson, pero como que se fijaban por la puerta que tenía vidrio, mitad de vidrio y mitad de madera, como que se fijaban ¿No? No se la comieron y llegaban y me sacaban a bailar. Y hubo una vez un juez que era bastante respetuoso y salí a bailar con él ¿Okey?, Todo bien, allí comencé a ser Rose otra vez, allí comencé a ser la pava, la moderna, la que bailaba pura música moderna, la que estaba detrás de la mejor salsa, que salía Willi Colón, cuando eso salió Rubén Blades y Willi Colón y eso era baila, y baile, y baile y baile. Y cuando queríamos bailar bolero, bailábamos a José Luis cuando sacó aquella canción del arlequín. Bueno, apareció en mi vida el estudiante de medicina que ahora es doctor y el presidente de COPEI: el doctor Rg Bs y me transformó la vida. Comenzó a enamorarme y yo sabía que era casado y lo patié; lo patié, o sea, nos conocimos y como que me vio en la mirada que me enamoré de él y cuando entramos en el salón, la esposa de Higinio me dijo: Es casado y ahí está la esposa. Cuando la vi gorda dije no, ¡Lo odio! Cómo es posible que un hombre tan bello, tan agradable, tan relindo porque qué físico ¡Dios santo! Esté empatado, esté casado con esa gorda no, lo odio, a mí ni que me mire, que ni me mire. Entonces, porque yo pensaba, o sea, la esposa y la amante ¿Verdad? Lo lógico, entonces, él se metía en el salón y Oscar, mi cuñado lo sacaba. Tú te sales de aquí porque todos ellos estudiaron en los Maristas, tú te sales de aquí porque este grupo es de nosotros y Rose no está sola, está conmigo y tú eres un hombre casado y no la vas a perjudicar, tú no la vas a hacer sufrir y se salía.

Como a lo que se pasaban de tragos o pensaba él que a Oscar se le pasaba la cuestión, se le olvidaba, se volvía a meter, entonces, se quedaba hablando con Nelson que habían estudiado su bachillerato juntos y hablaban, y hablaban, y hablaban, y hablaban; y yo me ponía a hablar con los esposos de las muchachas pues. Me ponía a bailar con Oscar y nos poníamos a cantar y él, Rg, siempre... ya cuando no de verdad, no lo dejaban entrar se aferró, agarró a Judi, a mi amiga. Agarró y comenzó él, el mejor amigo de él se enamoró de Judi, de mi amiga y él se agarró de Judi, y Judi, tengo que hablar contigo y se iba para el apartamento de Judi a conversar, por favor, sácame una cita con Rose, yo quiero hablar

*con ella, tan solo conversar con ella sácala y que nadie se dé cuenta y vamos para una fuente de soda a conversar y bueno le dije a Judi: No, no y no. Ese hombre a mí me gusta demasiado y yo sé que me voy a volver loca por él; ¡No!*

*Entonces Judi me dijo: Pero habla con él porque me tiene al borde, Rose me tiene al borde.*

*No quiero más a ese pegoste molestándome, pero Judi, hazlo por mí, dile que no quiero hablar más con él, entonces, era así, íbamos para la casa de los Sicilianos y él iba y se metía en el salón y lo sacábamos y entonces hubo una vez que Judi se me puso brava, y yo la respeto mucho, se me puso brava y me dijo ahí cambió mi vida; ahí cambió mi vida, me dijo:*

*No te aguanto más, no te acepto más que me digas que no. Vas a hablar con él porque sí, porque yo quiero, porque me vas a complacer a mí, me vas a ayudar a mí. Ese hombre me tiene al borde de la locura.*

*Okey Judi, le dije. Dile que ponga el día y dónde y así fue. Nos fuimos para una fuente de soda y Judi me dejó con él y yo sentí pánico. Empecé a temblar, él comprendió de que yo era una niña, él comprendió de que era una niña y le dije que yo no había tenido contacto con ningún hombre solamente mi marido y que comprendiera que él era casado y que yo no quería nada con él, pero no, él me habló, me habló como todo, ya él venía en la política y tú sabes que el político maneja muy bien ¿Verdad? El habla, comenzó y me convenció, y me convenció y bueno, y aquel cariño y le dije: Bueno, ¡Okey!... ¡Okey!, vamos a conocernos, porque siempre trataba de darme la cola, de llevarnos para la casa cuando mi hermano no nos prestaba el carro, él nos llevaba para la casa y bueno, cuando nos reunimos me empaté con él al sentir su contacto, me hice novia de él y me enamoré tan locamente, tan locamente que nunca lo he olvidado; nunca, nunca jamás, jamás lo olvidé, nunca, porque fueron 2 años o más, tuvimos más de 2 años de noviazgo y nos veíamos en la calle, nos veíamos en casa de mi hermana, de casa de Judi, de los Sicilianos. En mi casa no, porque mamá no lo dejaba entrar en mi casa, en mi casa no se podían hacer los bonches porque entonces, los bonches siguieron igual viernes y sábado bonche, pero yo no lo veía a él los domingos, porque los domingos los dejaba para estudiar. Se graduó y se despidió de mí porque tenía que hacer*

la rural, se fue para la Cañada y se llevó a su flamante esposa y bueno, terminamos allí y tuve 2 años Mario, llorando, 2 años que yo no tuve vida; 2 años sin salir, 2 años llorando, esperando la prensa que mis amigas me la tiraran, mis amigas pasaban y me tiraban la prensa en la grama donde salía. Cada vez que él salía en la prensa me la guardaban o me tiraban la prensa o me llevaban el recorte y bueno, yo siempre lloré muchísimo, muchísimo por ese hombre. Me sentí, no me sentí nerviosa, depresiva, depresiva, pues lloré muchísimo y, cuando caí en la depresión, en mi enfermedad lo recordaba a él solamente y lloraba por él solamente, cuando eso ya eso tenía 37 años porque fui operada a los 37 años cuando caí en esto que tú me estás estudiando ¿Ves? Que mis médicos me hablaban de mis nervios y yo no les creía porque eran cirujanos y no les creía que ellos me estaban diciendo la verdad y bueno, nunca lo olvidé, nunca lo olvidé porque él tuvo mucha culpa también de que yo no lo olvidara. Cada vez que me veía por la calle me paraba y se me quedaba mirando entonces, le decía a las demás personas: yo la quiero mucho a todo el mundo, entonces, esas personas me lo decían a mí, entonces me fomentaban ese amor, me seguía vivo allí, seguía viva el árbol, seguía vivo con hojas verdes, con flores lo veía en todas partes y yo me cohibía, me cohibía, nunca más tuvimos relaciones Mario, nunca más, nunca más. Una vez me lo conseguí en una disco y me hice la que no lo había visto y él, hablaba duro para que yo lo escuchara, lo viera y me hice la desentendida porque yo andaba con un grupo y una pareja y, yo no quería yo no quería ¿Me entiendes? Que la otra persona me viera el amor que yo tenía hacia ese hombre y en las terapias mi médico me dijo que lo buscara y que le dijera lo que yo sentía. Lo busqué y le dije lo que yo sentía y me lo aceptó, me lo aceptó y le dije que de la única manera que yo volvería a ser feliz era estando con él y me dijo que sí, me dijo que sí, pero yo estaba con Marcelo, yo estaba con Marcelo y él es amigo de Marcelo, entonces, yo cada vez que lo llamaba o lo vipiaba, me llamaba, estaba loco, estaba desesperado, desesperado por conversar conmigo, no me cortaba y hablaba conmigo estando con su mujer. Ya, ya estaba a punto de divorciarse. Él se divorció, bueno, y cuando se divorció, no me lo comunicó, no me lo dijo. Sería para no darme esperanzas o para que yo no me ilusionara más porque ya tenía quizás todo planificado, entonces, una vez me dijo: Rose, yo no puedo volver contigo,

*yo no puedo hacerle esto a Marcelo. Esas fueron sus palabras textuales. Él es mi amigo y yo no puedo hacer eso, nosotros dos no podemos seguir. Yo te quiero mucho... entonces, yo le agarré las manos. Estábamos en McDonald, recuerdo que me dejaron ahí mis hijas y él andaba con el guarda espaldas. Yo le agarré las manos y él me las apretó, me correspondió, entonces, yo le dije: Okey, no hay problema. Pero parecía que me habían matado, no podía hablar. Bueno, nos montamos en el carro. Él se montó en la parte delante y yo en la parte detrás, por la parte de atrás le agarré la mano, me la apretó y me despedí de él hasta el día de hoy. Claro, sí hablo con él por teléfono y sí, le he pasado muchos mensajes, pero ¡No!, nada él dice que yo estoy con Marcelo y él no puede hacer eso. Que los recuerdos siguen, que siguen latentes, que me quiere igual, pero que no puede ser. ¡Okey! Allí morí otra vez.*

**C:** Hasta ahora me has contado lo que ha sido hasta antes de que entraras en tu enfermedad. Quisiera que me hablaras de cuál ha sido la valoración que tú tienes de ti misma después que has estado sometida a un tratamiento psiquiátrico.

**R:** *Después del tratamiento psiquiátrico me he sentido... o sea, el autoestima me se elevó; se elevó porque el médico comenzó a indagar sobre mi vida y mis hijos le hablaron y Marcelo. Entonces, él me habló tan bello y me dijo las verdades. Me dijo: Señora Rose, ¿Cómo es posible que usted esté así? Yo sé que usted tiene ahorita una infección en el estómago y el estómago le altera los nervios. Eso está muy bien, pero vamos a hablar de su depresión, de su autoestima. Sus hijos me acaban de decir que usted es excelente madre; comprensiva, cariñosa, una madre que hasta juega con ellos; una madre que ha sido como hermana, como amiga y no como madre, porque yo no he sido como una vieja para ellos: como una madre. ¡No!, todo lo contrario, Mario: pura risa, pura chiste, hasta nos criticamos y bueno, cuando me critican muy, muy fuertes, se lo reclamo. Sobre todo a mi hija Adriana.*

*Allí, con las terapias del doctor V mi autoestima subió porque me dijo que era muy inteligente que me recordara que yo tenía que salir de esta enfermedad y que no era que yo tenía muchos méritos, me dijo, hay otra palabra, no recuerdo eso. Que valía mucho, que era muy inteligente, que era muy cariñosa, que me sabía dar mi puesto, de todo, de todo, de todo, de*

*todo. No me mencionaba como me mencionó el otro que cambiara de pareja porque se hizo muy amigo de Marcelo muy, muy, muy amigos. Él me decía que yo maltrataba mucho a Marcelo y yo le decía al doctor: Ay doctor, ¿Usted no ve como me trata él a mí? Y yo no me puedo dar el lujo de que otro hombre me venga a dominar y a hablar, a tratar como me trató el primero. No, no lo voy a permitir, no lo voy a permitir porque ya ahora sí soy una mujer, antes era una niña. Lo de niña pasó cuando conocí a mi amiga Judi Puente, yo dejé de ser niña allí porque vivíamos en un solo centro comercial, salíamos de aquí para allá, de allá para acá y, llegábamos cansadas al apartamento de tanto trabajo; más yo no trabajaba, sino que la acompañaba y a ella le gustaba que yo la acompañara y, ella me hablaba muy bello, me decía que no podía ser, que yo no podía quedarme allí, encerrada en el sufrimiento que había pasado. Eso son malos tratos Mario, porque fueron malos tratos en público, malos tratos con sus colegas.*

**C:** ¿De quién?

**R:** *De mi marido, de Nerio. Las esposas me dijeron que no me iban a visitar más. Igual, o sea, igual lo hicieron las que estudiaron conmigo bachillerato, te queremos mucho; todas individualmente, te quiero mucho Rose, pero yo no te voy a visitar más porque va a pasar de que yo le voy a dar una cachetada a tu maridito cuando te trate mal delante de nosotras, o sea, una por una me fue diciendo esas cosas. Yo, allí lo único que me salvó fueron mis cuñadas que son muchas y alegres, entonces conversaba con ellas, echaba bromas con ellas, fumaba con ellas, copiábamos canciones, en esos tiempos figúrate en los 70.*

**C:** Sí, pero quiero que volvamos a tratar de la autoestima hoy en día.

**R:** Ah...

**C:** Hoy en día, ¿Cómo te sientes?, ¿Cómo te ves? ¿Cómo te ves tú ante un espejo?

**R:** *Bueno, cuando las personas me dicen que soy una enferma mental como me lo dice Marcelo, le... yo le contesté inmediatamente: Estoy enferma mental, porque tú me hiciste así, porque mi internista que es amiga de él, no mía que ahora sí es amiga mía, la doctora Ca pasando tantas*



*cosas en los años, antes del 2000 que yo iba a su consulta, ella me decía que yo no contaba las cosas que me estaban sucediendo, me decía que Marcelo... mira Rose, hazlo con tiempo, te va a enfermar, te van a dar crisis si tú no dejas a Marcelo. Es mi amigo, lo quiero mucho, pero te va a enfermar.*

*Y ahora, ahora, pasando ya las terapias del doctor V que me enseñó a vivir. Él, me valorizó y me enseñó a vivir. El consejo más valioso que me dio fue: Sra. Rose ¿Usted no sabe que las palabras se las lleva el viento? Cuando a usted la ofendan, si quiere gritar, grítelos, si la está gritan... o sea, me dijo: Si la gritan, grite para que esa sangre no suba a la cabeza, no se le suba la tensión y, de allí, se olvida de todo y se acuerda de estas palabras: "que las palabras se las lleva el viento". Eso me enseñó mucho. Hasta hoy Mario me creo indestructible, ellos me hicieron así; los dos: el doctor V y el doctor R; el doctor R me dijo que tengo que llamarlo, Mario, para que la entrevista sepas el diagnóstico que ellos me dieron. El doctor R me dijo que era que yo sufría de altos y bajos. No puedo sufrir emociones altas porque caigo en crisis y no puedo sufrir las bajas; no entiendo mucho las bajas, Mario las bajas deben ser los sufrimientos, las tristezas y las altas los insultos y las malas noticias o las malas noticias caen en las bajas algo así, pero él sabrá, yo le voy a preguntar. Hoy lo llamo, hoy lo llamaré, me voy a comunicar con él a como dé lugar; si es que está aquí en Venezuela, porque tú sabes que hace muchos congresos; no sé he perdido contacto con él. Mario, tú me ves, no sé, te pregunto: ¿Cómo me ves? Yo me siento alegre.*

**C:** Eso es lo que interesa. ¿Cómo te sientes tú?

**R:** *Sí, me siento alegre, con ganas de volver a ser lo de antes como todos me aconsejaron que vuelva a ser la mujer de antes. Ya estoy planificando reunirnos en la casa o en otras casas para conversar, bailar, cantar hasta con los músicos, mis primos. Si no hay músicos no importa, está el equipo para bailar, pero que todos estemos en amistad entrañables y familia. Es muy importante la familia, es más importante, claro, la familia aunque hay amigos que se quieren como familia ¿Verdad? Yo soy así: soy muy querendona y me siento bastante optimista, quiero hacer algo Mario y le digo a Marcelo que me busque para hacer un... vender algo, montar un negocio en la casa, alquilar.*

*La sala de mi casa no se usa para nada porque entramos por la parte de la cocina y nunca entramos en la sala, entonces, mi primo me sugirió que cerrara eso y alquilara la sala para una peluquería ¿Ves? No sé, no sé, una pequeña boutique, hasta vender, quiero hacer un, poner un aviso en la casa: se venden quesillos por pedido y por porciones; que tú sabes que mi marido es el rey del quesillo, incluso, te tengo allá los dos potes de leche condensada y le dije lo que pasa es que anoche se emborrachó y sí, pero mañana te lo traigo. Tengo allá la leche condensada y le dije: Me vas a hacer el quesillo, pero como me gusta a mí para que ellos disfruten de un especial quesillo, porque para la venta él le da un toque muy durito, que el cliente lo vea grande, alto y durito. A mí me gusta que quede un poquito no crudo, pero sí con mucha miel y que, y que sepa a leche condensada, entonces, ese es el quesillo que a todo el mundo le gusta, pero para la venta no se puede hacer así, porque el cliente lo rechaza cuando lo ve así.*

*Bueno, quiero hacer algo Mario, quiero... te voy a decir algo que me dijo un pastor que cuando en el evangelio el joven rico se le acerca al señor Jesucristo y le dice: Qué debe hacer él para tener la vida eterna, la salvación. El señor supo, porque él es Dios y él conoce todas las mentes, él está en todas las mentes de nosotros; es más él las conoce, él le dijo: Vende todo y regala todo a los pobres y el joven, dice la Biblia, el joven rico se entristeció y se fue. Bueno, no recuerdo qué más dice el texto, pero el pastor como estudió Teología dicen que en ese tiempo el joven tenía 45 años, o sea, el señor Jesús denominó a ese hombre joven de 45 años... entonces, yo soy una pava, yo soy joven, lo que me tengo es que cuidar, pintarme las canas y eso; caminar para que se me quite un poquito el cauchito que mi ginecólogo me dijo, porque le dije: Voy a buscar a Ch para que me haga la dermo. Qué dermo ni qué dermo me dijo, nada de eso, camina 2 horas y verás que se te quita todo eso. Sí, bueno, es que me asesoro con los médicos y trato de hablar muy poco con una amiga, dos amigas que tengo psicólogos porque sí, porque me dicen lo mismo que los psiquiatras me han dicho; para qué las voy a buscar, claro, si me sale algo extraño, otra cosa que no haya vivido sí la buscaría ¿Verdad? Pero si tengo a esos científicos como médicos ¿Para qué voy a buscar de consejos por otro lado? Además, mis amistades todas son inteligentes, mis amistades todas son profesionales. No es que me la quiera dar de echona, de mu-*

*cho, pero sí me encanta arrimarme al buen árbol, me encanta porque ¡El buen árbol da buenos frutos!, así me decía mi padre: cuando te vayas a arrimar, a buscar una amistad, búscala que te realce, no que te rebaje, que te enseñen. Y bueno Mario, sí, vamos a decir que... hablando de esto es... como no pude llevar... estudiar mi profesión que era tan buena en contabilidad, no pude estudiar la contaduría, me castigué mucho, pero era que no podía estar sentada en un pupitre, no podía. Figúrate que yo trabajaba en el banco y me les perdía y cuando no me conseguían: ¿Dónde está Rose?, ¿Dónde está Rose? ¿Por qué no está en su puesto? Llorando en el baño del dolor, entonces el jefe de personal peleaba con mi hermano que trabajaba conmigo: ¿Cómo tú dejas que Rose venga a trabajar así?*

*Pero es que yo no sé, decía él, porque ella... yo no vivo con ella, yo soy casado.*

*Bueno, eso me puso muy mal Mario, yo rebajé 10 kilos allí, me puse delgada, muy delgadita, porque no sé, sería el sangramiento, la enfermedad, los calmantes que no quería alimentarme ¿Me entiendes?, Porque le tenía miedo ir al baño, allí emperezaron mis temores, ahora no los tengo, soy una que hasta el nombre me he cambiado, me encanta que me llamen Rose, porque me encanta el inglés, porque me encantan los Estados Unidos, quisiera vivir en los Estados Unidos y no, no fui para los Estados Unidos por no ser otra vez esclava de mi marido, porque cuando regresamos de Inglaterra, Carlos Andrés Pérez, que es su amigo le enviaba la beca para los Estados Unidos, pero él quería que yo lo acompañara y yo no lo quería acompañar. ¿Por qué? Por lo que me hizo en Inglaterra, por lo que me hizo no lo quise acompañar. Él hubiese tenido más postgrados, yo hubiese vivido más tiempo fuera de aquí, quizás hubiese aprendido a hablar el inglés porque tengo base, tú sabes que nosotros vemos aquí el inglés 5 años, en Bachillerato y bueno Mario, para adelante, por eso acepté esto para que las personas escuchen esto y vean que sí, que sí se puede cambiar. Si una nació como dice la Biblia: uno nació sana y fuerte, hijo de Dios, hecho, dice el salmo, el salmo creo que 51 dice que fuimos hecho con la mano de Dios, en el vientre de nuestra madre, dice un versículo y si nacimos sanos ¿Por qué estar enfermos?. No acepto Mario la enfermedad, quiero que me ayuden ustedes, no acepto la enfermedad, no quiero tomar más los medicamentos, no quiero. Quiero ser otra vez alegre, quiero ser otra vez emprendedora, quiero que ya*

*mejorado mucho; mi hijo, ya casi me respeta, ya no me insulta. A veces me dice loca pero por decirme algo que cuando está mal humorado, porque él también ha estado jugando pelota, ha estado muy lesionado y tiene muchas dolencias en la parte del brazo izquierdo tiene una lesión, una bursitis y a veces que sufre de gastritis y yo no le hago caso cuando me dicen que estoy loca, no le hago caso. A veces le recalco, cuando está tranquilo le digo: No me estés faltando el respeto que no me gusta porque yo lo crié a usted para que me respetaran no para que me estuvieran faltando el respeto porque me da vergüenza que la gente vea cómo ustedes me tratan. No se los voy a permitir nunca, nunca porque yo fui criada así de esa forma y con las hembras ahí sí, ahí sí hay gritos Mario, porque no permito que me falten el respeto.*

**Sexta sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en esta sesión son los aspectos relacionados con la Valoración de la Percepción Familiar.**

**C:** ¡Hola, Rose!

En la sesión pasada nosotros estábamos hablando de cuál era la percepción que tú tenías de ti misma y de la situación que tú estabas atravesando con respecto a tu enfermedad.

En este momento yo quisiera que habláramos de cuál es la percepción que tú sientes que tienen tu familia sobre ti, por ejemplo. ¿Cómo te ven? o ¿Cómo sientes tú que te ven tu actual pareja, tus hijos, tus yernos, tus amigos, tus amigas?

**R:** *Parece que me valoran como una gran madre porque se lo dijeron a mi primer psiquiatra, al doctor V. ¿Ves? parece que creen que yo soy inteligente, que yo soy emprendedora, muy trabajadora y se preocupan mucho cuando trabajo mucho. Del varón consigo mucho apoyo. Con respecto a Marcelo, que Marcelo se emborracha mucho, que Marcelo fuma tabaco y me molesta mucho para la alergia de la nariz y no sólo para la alergia de la nariz, me dan náuseas. Dice que yo soy muy joven, mi espíritu para Marcelo que no está de acuerdo con que, o sea, que Marcelo esté conmigo porque yo soy muy joven y que sus amigos incluso se lo dicen. Cuando me ven en el estadio que lo voy a ver jugar o que estamos en una reunión y hay amigos de él, se lo dicen: Dile a tu mamá que si no se ha*

*fijado que ella es tan bonita, que se viste tan bien, que es tan joven para ese hombre. Dile a tu mamá que ella es muy joven para ese hombre, que ella puede aspirar otro hombre más joven, de su edad. Ese hombre con esa borrachera y ese tabaco, no le da pena andar con él. Ya ves cómo se viste ¿Me entiendes? A Ozi le da como vergüenza.*

**C:** ¿Quién es Ozi?

**R:** *Mi hijo se llama José Luis, pero yo lo llamo Ozi.*

**C:** Pero, ¿Cómo te ven ellos específicamente con el problema de tu enfermedad?

**R:** *Con el problema de mi enfermedad, no sé, cómo lo tomará él, no sé, tendría que preguntarle y decírtelo otro día; no sé. De las hembras sí, pero yo no sé si él teme de que yo, como dice el doctor R, caiga en crisis en altas o en crisis bajas, no sé, lo cierto es que con su problema que tuvo con su matrimonio le dijo a Natalí: Fíjate que sí me toma en cuenta y fíjate que sí hay algo allí sentimental, que le dijo a Natalí que lo perdonara, que no soportaba más el trato que yo le daba, la indiferencia que yo hacia él, que no lo tomaba en cuenta para nada y no lo trataba para nada y no lo atendía para nada, claro, sí en las comidas, claro, sí en los almuerzos más que todo sí, pero, o sea, tratado, servido y ya. Y más, sin más hablar.*

*Bendición, mami.*

*El señor Jesús te bendiga, ¡ya! No lo trataba para nada, ni Ozi vamos a hacer esto, ven para acá para que nos vamos a reunir, ¡No!, nada. Él sí, lo trato con cariño sí, claro que sí, pero en el momento en que tenía la otra mujer y le decía cosas a su esposa, que se fuera de la casa. Yo, o sea, no podía tratarlo bien; no podía tampoco, lo que hacía era que me callaba la boca; buscaba el silencio, entonces eso a él le pareció malo porque no lo regañaba como hago con las hembras. A las hembras sí me les impongo, pero a él no, hasta sí, hubo una que me le impuse porque me reclamó: Mami, no le estés pasando mensajes a Natalí, a su esposa, si yo salgo o estoy a cualquier hora y le dije: Yo soy yo, tengo mi criterio y puedo hacer conmigo lo que a mí me da la gana y esta es mi casa, puedo hacer lo que yo quiera así que, y a Natalí la defenderé hasta la muerte, le dije.*

**C:** ¿Natalí es tu yerna?

**R:** *Mi yerna, sí, es como mi hija porque esa era la que me abrazaba cuando yo estaba que no podía caminar y lloraba y lloraba y era la que me secaba las lágrimas, la que me abrazaba: ¡Ella! Mis hijas se ponían amarillas del susto cuando me veían en crisis. Adriana era una de que cuando yo estaba...*

**C:** *Adriana, ¿Es una de tus hijas?*

**R:** *Adriana es la mayor, la esposa de Javier, que me hospitalizaron allá en su casa con el tratamiento; el último tratamiento del doctor R, Javier entraba y me decía: ¿Cómo amaneciste, Rose?*

*Mal, Javier; estoy grave. Y se iba a trabajar; porque casi no dormía. Adriana cuando me iba a servir el desayuno, me decía: Mami, ¿Cómo amaneciste? ¡Horrible! le decía yo, ¡horrible! me voy a morir Adriana y salía corriendo, me dejaba el desayuno y salía corriendo.*

*Ella nunca me hizo compañía en la habitación: jamás, jamás. Arian, mi nieta y Alejandro, mi nieto y Javier, pero ella jamás. Pues, yo no podía irme para donde estaba ella con sus amigas y cuando ella tiene una costumbre que de noche se pone a conversar con Javier y yo siempre cuando estoy allá, participo de esa conversación ¿No? y no podía por el mareo, el mareo era muy fuerte; tanto era que yo decía: Dios mío, ¿Tendré laberintitis?, ¿Por qué me voy de lado?*

*Bueno, esos días, ella sufrió mucho, me contaron, que cada vez que yo decía eso su amiga Margaret decía que Mami se va a morir, mami se me está muriendo y se va a morir, mami se me está muriendo y estoy asustada, o sea, eso, se lo comprendí, se lo comprendí y cuando llegó esas... ya, yo creo que no me van a acusar más con todo lo que les he dicho, porque me acusaban, era algo, como que si era demoniaco, como que si el demonio intervenía las mentes, manejaba las mentes porque me decían las cosas como para que yo me alterara, entonces sucedió de que le pedí al Señor que me buscara la persona que me sanara, que me iba a dar vida, que si no me iba a dar el milagro directo, que tú sabes que el milagro directo lo hay, que es cuando el señor sana sin médico, sin nadie ¿Verdad?, Cuando dicen: No, que fulanita se le desapareció la tuberculosis, como la artista esta que se le desapareció la tuberculosis, porque las placas no aparecen*

*tuberculosis, no aparecen cicatrices, porque yo oí el testimonio de ella, ese es un milagro como me dijo el pastor: el milagro directo, hay el milagro por el médico, porque él hizo el médico y la medicina, entonces, si no me va a sanar directamente el Señor llévame para la consulta de un médico, que me sane porque no sé qué pasa con el doctor V, no sé, nada que yo no le hacía caso al doctor V, no me tomaba el medicamento como él me decía, yo fui la culpable y le recomendaron a Marcelo al doctor R, me llevaron, o sea, antes de irse para Suiza a hacer un congreso me metieron en una consulta que no fue, no iba la persona y me vio, me vio, cuando me vio lo que hizo fue, no me preguntó qué era lo que yo sentía, no me hizo terapia, puro medicamento, que fue entonces cuando lo rechacé y dije: ¡Me voy a morir!*

**C:** Quisiera volver a cuál es la percepción que tienen tus hijas.

**R:** Bueno...

**C:** ¿Cómo te ven tus hijas?

**R:** Ahí voy. *Que cuando me tomé eso dijeron que nada, que yo me iba a morir y que yo estaba loca porque rechacé el tratamiento. Viene la parte de la otra hija, la otra hija me reclama muchas cosas y a veces me dice: ¡Mami, estás loca! Que esto, que lo otro ¿Ves? y a veces, como ayer, me maltrata y, su esposo viene y a veces, la regaña y le dice: ¡Joselyn!, Por favor, no trates así a tu madre, pero ayer me dijo Roberto: Pero no cántele: Abuelito, abuelito: mi abuelo es dulce como un pan de chocolate, o sea, que es muy dulce su hija, es muy dulcita yo la... porque él la llama lobo, porque es una oveja disfrazada de lobo; vivan con ella, vivan con ella; las dos son dos lobos: las dos.*

**C:** Las dos, ¿Cuáles?

**R:** *Las dos hijas mías. Adriana: hay que matarla dice él; va a matar al pobre Javier y la mía es un lobo, que cualquiera se la come como una ovejita y es un lobo. Entonces, ellos son mi sostén, ellos son mi... tenía la palabra aquí, pero ya se me fue. Ellos son... los dos yernos míos son: mis... cuando no está el psiquiatra, están ellos, yo digo que ellos son: mis mejores psiquiatras, los dos. Cuando yo me siento... Javier, tengo un grave problema, el primero que lo sabe es Javier, vamos a sentarnos me dice*

*y nos vamos para el jardín a conversar. Cuando es un problema grave, grave que no es de que yo lo resuelva, sino que lo pueda resolver él, que es un imposible, él lo toma, lo agarra para él en la mano y lo consulta con Roberto, entonces allí ellos sí saben manejar mi enfermedad, ellos sí saben, saben cuando estoy nerviosa, como es hombre va todos los días para la casa porque vive a dos cuadras de la casa y Javier, sabe manejar a su esposa, entonces, me imagino que hablará con ella cuando ella me maltrata, porque a veces que me maltrata. Ahora, ahorita, ahorita, Mario, estoy maltratada por ellas dos, por un enamorado que tengo, que tú lo conociste en Mitón, es mi primo segundo y... ajá, ajá... yo no tenía nada con Marcelo en ese tiempo y él fue mi novio hace como... después de que yo terminara con él. Ajá, ¿Y si nos enamoramos? Tuvimos que terminar por unas causas justificadas y luego, hace como 20 años que me está buscando y no me conseguía porque le decían: No te voy a dar el teléfono de ella... a los... a mi primo, en la muerte de mi hermana Judy hace 5 años, le pidió el teléfono a mi primo y le dijo: No te voy a dar el teléfono porque está comprometida; no voy a producir un problema y te lo voy a dar a ti, y a ella y al otro hombre también ¡No!*

*Pero es que yo la quiero muchísimo.*

*Precisamente por eso, no se van a aguantar.*

*Entonces, a otra prima le dijo lo mismo y mi otra prima también le dijo lo mismo. El asunto fue que en la muerte de mi otra hermana pidió el teléfono y se lo dieron porque no, el que se lo dio no sé... no... no... se lo dio y ya está... no pensó en que él me andaba buscando para seguir conmigo. Entonces, yo... quizás Mario, cuando ese número desconocido, sin nombre me llamaba, yo lo borraba y antes yo no... ahora, le hago mucho caso al celular porque está sin forro, cuando estaba con el forro lo dejaba tirado por todas partes y las personas me llamaban al CANTV y bueno, un día mi hermano me dijo: Wilmer te quiere ver, Wilmer te quiere llamar.*

*Ajá y ¿Cómo? Dame el número y me dio el número y le escribí un mensaje. Bueno, no sé, yo no sé cómo leyó el mensaje que me llamó al instante; al instante, me dijo tantas cosas bellas, tantas cosas bellas ese es un dilema que tengo ahora; ese es un dilema.*



**C:** Y tu actual pareja cómo te ve con respecto a la situación de tu enfermedad.

**R:** *Él me dice, él la otra vez me dijo que yo era una enferma mental y le dije: Sí, sí soy, pero yo te considero más enfermo a ti que yo. Sí, sí porque sí. Si mi cerebro me envía ondas o mensajes para mis músculos y mis órganos como dicen los médicos, estoy enferma del cerebro, de los nervios. Sí, sufro de los nervios, pero por lo menos trato de leer, de asesorarme con personas que saben que son instruidas, que son profesionales, personas que son religiosas, que Dios le da sabiduría de lo alto y bueno Mario, ahora estoy, me siento como una mujer fuerte, me siento como una mujer bella como de 20 años con ese enamorado que me escribe tan hermoso, que me llama, que me llama, que dice que bueno, que los dos vamos a morir juntos, que todo es cuestión de tiempo, que lo de ahora tiene que ir así, pero que todo va a ser cuestión de tiempo. Entonces, yo vine y hablé con otro primo, primo hermano, que es primo segundo de él también y le comuniqué todo, le tuve confianza y le comuniqué todo y quedó sorprendido y, le indagué, le dije: Eugenio, dime, ¿Cómo es la esposa de Wilmer? Dime, porque él me dijo que tenía que hablarle sobre eso, sin yo decirle nada.*

*Entonces él me dijo: Bueno prima, te diré que cuando él llega a tierra; porque él trabaja en el lago, en el barco; él cuando llega a tierra, él se va inmediatamente para Chejendé donde tiene su granja, o sea, ella no es... no trata a su familia, entonces yo digo; como le digo a mi amiga, yo digo: Será que Wilmer, ya no le gusta a su esposa, será que ella tiene un mal carácter y lo maltrata, por qué Wilmer le dijo a su padre que él me quería mucho a mí y su padre le dijo: Rose está muy linda y su padre le dijo: Ella ha sido la más linda de todas las Guerras, pero eso sí, es la más cariñosa, le dijo algo pasará ahí. Bueno, el asunto ahí es que voy a creer lo que el amigo de mi sobrino me dijo que Dios me tenía algo preparado muy bello, muy, muy bello.*

**C:** Mira, y ¿Cómo te ven tus actuales amigas?

**R:** *Chévere, o sea, me invitan a bonchar; me invitan a bonchar y me llaman, me pasan mensajes, no me ven como una enferma mental, no me ven, para nada, ni me nombran los nervios, ni me los nombran, ni creen que yo estoy enferma de nervios; son chévere, todas son chéveres, hay*

*dos; hay una casada, hay una que nunca se casó, que es muy inteligente, que es catecúmena. Ella me ayuda mucho, muy inteligente, hay una que tuvo un hijo, que estuvo casada y ahora está viuda, pero bueno, antes de que enviudara ya estaba separada del hombre, del señor, del esposo, ella me ayuda mucho, es muy inteligente; estuvo en mi cumpleaños; es una que sufrió una parálisis facial, no sé si la viste, te fijaste que es muy bonita, pero con ese problema. ¡Caramba! Por eso la rechazan mucho, digo yo, porque tiene un cuerpo muy lindo. Ha engordado mucho, porque ella era una miss, tenía medidas de miss y no me abandona, ella no me abandona. Con el problema de diciembre con Marcelo estuvo muy pendiente de mí.*

*En el viaje para Mitón, estuve muy intranquila porque estuvo Wilmer allí, estaba muy intranquila, ¡De verdad! Porque el teléfono no tenía cobertura allí, por todas las cosas que él me había dicho, que se apropió de mí, sin mi permiso. Me dijo: Ahora, no te voy a dejar, por nada ni por nadie, me dijo. Y no me importa el hombre ese, el viejo ese que tienes, así me dijo, porque a la larga, cuando yo me decida, lo vas a tener que dejar, vas a tenerlo hasta que yo diga y yo lo conozco, él es así, yo lo conozco.*

**C:** Una pregunta que te quisiera hacer: Cuando una persona de tu círculo familiar se refiere a ti en términos de enferma mental o de loca, ¿Qué sientes tú cuando ellos te hacen ese tipo de referencia?

**R:** *Me echo a reír, me echo a reír y le digo: Ay sí, claro que sí, claro que sufro de nervios y estoy loca, claro que sí, pero trato de mejorar y trato de llevar las cosas y trato de enmendarme, trato de hacer lo bueno y cuando hago lo malo me arrepiento y pido disculpas. Pero sí, y les pregunto ¿Cuál es el deber de ustedes?*

*¡Ayudarme! Eso es todo y bueno, y la gente se queda tranquila.*

*Tratan de no darme malas noticias, ya me las dan cuando han pasado, pero sí sufro mucho de nervios, sí sufro mucho porque cuando hay un muerto yo me pongo chiquitica, y lo presiento; es lo peor, que presiento las cosas malas. Cuando hay un muerto yo presiento: se me pone un peso en la cabeza y me da taquicardia y el peso en la cabeza, y taquicardia. Hasta que la persona no se muere, yo no estoy tranquila.*

**C:** ¿Tienes nietos?

**R:** *Tengo 5 nietos preciosos.*

**C:** ¿Son mayores?

**R:** *No, la mayor va a cumplir ahora el 30, 14 años: la hija de Javier y Adriana, es una niña preciosa.*

**C:** ¿Te ha dicho algo ella respecto a eso? ¿Te ha hecho alguna referencia?, ¿Qué te ha comentado de cómo lo ve ella?

**R:** *No me ha comentado nunca nada, al contrario, cuando estoy hospitalizada me toca el piano, que estoy hospitalizada en su casa, ella me toca el piano, me canta, me hace compañía. Ella lo que se cree es que estoy enferma de órganos; de órganos de la digestión, del colon como dice la internista pero no sé si sabe que estoy enferma de la mente, no sé.*

**C:** No me quedó muy claro cómo es la relación que tienes con tu pareja cuando él se refiere a ti como enferma mental o loca. ¿Me podrías aclarar un poco más de eso? ¿Con qué sentido crees tú que lo hace?

**R:** *Con sentido de echar broma y con sentido de seriedad también porque hay un empleado allá...*

**C:** ¿Positivo, negativo?

**R:** *A veces lo dice positivo, a veces lo dice negativo. Le preguntaron que cómo seguía yo... un amigo de él, de por allá, que le trabaja al socio de él. ¿Cómo sigue tu mujer? Le dijo: Bueno, está peor, está peor.*

*¿Por qué?*

*Porque ahora se cambió el nombre, ahora no acepta que la llamen por su nombre, sino Rose.*

*Y el tipo y que le dijo: Ah no, está empeorando.*

*¿Ves? Y no sé si ahí lo agarraría por broma o por seriedad. En diciembre, cuando peleamos no me llamó enferma mental. La vez pasada, antes de esta sí lo eché de la casa cuando me llamó, no porque me llamara enferma mental le dije: Tú que eres un gafo, le dije, que vives con una enferma mental y como te gusta la enferma mental le dije. Pero sabes quién me llevó a estar así ¿No? Tú, le dije, porque me lo dijeron los médicos,*

*por eso, por tus tratos, por tus borracheras y ahora por esa fumadera de tabaco que me molesta tanto, porque físicamente, anímicamente me molesta mucho Mario, me dan náuseas y me da piquiña en la nariz y a él, entonces, viene con el olor impregnado. Hasta que no se baña ¿Me entiendes? Entonces, yo no puedo usar mi pareja porque siempre está he-diondo a tabaco, siempre está con mal olor ¡Siempre! Si no está lleno de grasa, está lleno de tabaco o de bebida alcohólica, porque eso la agarra desde la mañana. Por lo menos ayer, comenzó a beber con el carnicero desde la mañana, con el proveedor de la carne y por tarde me consiguió limpiando y comenzó a pelearme y le dije que, por favor, me respetara un poquito, respeta que estoy adolorida y cansada, y que estoy haciendo esto porque no me gusta ver la casa sucia y no viene la mujer; si viniera la mujer yo te acompaño, ahora tú tienes la obligación de acompañarme, estás aquí sentadito conmigo, tomando esta brisa y yo limpiando la parte de la grama, que estaba como entretejida las hojas hay una planta allí que está entretejida y yo se le saco las hojas de la mata del coto, del árbol del cotuperí y las hojitas pequeñas del búcaro cuesta mucho. Podé, limpié las matas, las hijas que estaban secas, las flores que están secas, todas esas cosas. A él no le gusta que yo haga eso ¿Quién me lo va a hacer? Que se reúna todo eso ¿Para qué? ¿Para ver mi casa sucia y que me la vean sucia? No puedo, no consiento, yo no lo consiento, entonces, se pone... me perjudica. Marcelo me perjudica Mario, me perjudica mucho. Cuando viene borracho yo temo, me da temor y me da temblor.*

**C:** Muchas gracias Rose. Esto ha terminado.

## CAPÍTULO 2- EL SABER SOMETIDO DE LA LOCURA: RELATO DE VIDA DE ROSE

### El discurso y el poder

El siguiente capítulo persigue establecer los presupuestos epistemológicos y metodológicos que guiaron el proceso de de-construcción y reconstrucción del relato de vida de Rose.

En el año de 1973 Michel Foucault dicta cinco conferencias en la Pontificia Universidad Católica do Rio de Janeiro entre el 21 y el 25 de mayo que se compendian en el libro *La Verdad y las Formas Jurídicas*. En la primera, el autor plantea los temas de investigación para discutir con los participantes: la formación de los dominios del saber, el análisis de los discursos y una reelaboración de la teoría del sujeto.<sup>24</sup>

*“En primer lugar se trata de una investigación estrictamente histórica, o sea: ¿cómo se formaron dominios de saber a partir de las prácticas sociales? La cuestión es la siguiente: existe una tendencia que podríamos denominar, de una manera un tanto irónica, marxista académica, o del marxismo académico, que consiste en buscar cómo las condiciones económicas de la existencia encuentran en la conciencia de los hombres su reflejo o expresión. Creo que esta forma del análisis, tradicional en el marxismo universitario de Francia y de Europa en general, tiene un defecto muy grave: el de suponer, en el fondo, que el sujeto humano, el sujeto de conocimiento, las mismas formas del conocimiento, se dan en cierto modo previa y definitivamente, y que las condiciones económicas, sociales y políticas de la existencia no hacen sino depositarse o imprimirse en este sujeto que se da de manera definitiva. Me propongo mostrar a ustedes cómo es que las prácticas sociales pueden llegar a en-*

---

24 Para efectos de esta investigación, se abordaran las dos primeras propuestas.

*gendar dominios de saber que no sólo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento. El mismo sujeto de conocimiento posee una historia, la relación del sujeto con el objeto; o, más claramente, la verdad misma tiene una historia. (Las negrillas son nuestras) ( ... ) El segundo tema de investigación es metodológico, un tema que podríamos llamar análisis de los discursos. Tengo la impresión de que en este país existe ya, coincidente con una tradición reciente aunque aceptada en las universidades europeas, una tendencia a tratar el discurso como un conjunto de hechos lingüísticos ligados entre sí por reglas sintácticas de construcción. Había llegado el momento pues, de considerar estos hechos del discurso ya no simplemente por su aspecto lingüístico sino, en cierto modo -y aquí me inspiro en las investigaciones realizadas por los anglo-americanos-, como juegos (games), juegos estratégicos de acción y reacción, de pregunta y respuesta, de dominación y retracción, y también de lucha. El discurso es ese conjunto regular de hechos lingüísticos en determinando nivel, y polémicos y estratégicos en otro. Este análisis del discurso como juego estratégico y polémico es, según mi modo de ver las cosas, un segundo tema de investigación. (Las negrillas son nuestras) (Foucault, 1973).*

Asimismo, Michel Foucault en su obra *Historia de la Locura* privilegia un nivel del modelo genealógico en relación a la locura a partir de lo que denominó un núcleo de representaciones. “Yo había situado ese núcleo de representaciones, de imágenes tradicionales o no, de fantasmas, de saber, etc., esa especie de núcleo de representaciones como punto de partida, como lugar donde tienen origen las prácticas introducidas en relación con la locura en los siglos XVII y XVIII. En síntesis, había privilegiado lo que podríamos llamar la percepción de la locura” (Foucault, 2005, 29).

En su clase del 7 de Noviembre de 1973 en el Collège de France plantea la necesidad de “... hacer un análisis radicalmente diferente; esto es ya no esa especie de núcleo representativo que remite por fuerza a una historia de las mentalidades, del pensamiento, sino un dispositivo de

*poder. Vale decir: ¿en que medida puede un dispositivo de poder ser productor de una serie de enunciados, de discursos y, por consiguiente, de todas las formas de representaciones que a continuación pueden formarse y derivarse de él?” (Foucault, 2005, 30).*

En base a estos argumentos, todo espacio específico de formaciones discursivas (es decir, todo saber) es también expresión de una relación de poder que se manifiesta en distintas instancias: instituciones, prácticas, etc. Se establece de esta manera una vinculación muy estrecha entre poder- conocimiento-práctica social que se constituye en un fundamento y soporte de la hegemonía de un grupo o clase social sobre otro. De allí que en términos de esta relación saber-poder, la legitimación del discurso dominante (*saber poderoso*) pasa necesariamente por la desacreditación de otros tipos de saberes (*saber subyugado*).

El análisis de estos distintos saberes conducirá a entender lo que Foucault ha redefinido como ***Epistème*** y el papel que ésta desempeña con respecto a los saberes, tanto dominantes como subyugados. Para Foucault se hace necesaria una *arqueología*

*“que se esfuerza por reencontrar aquello a partir de lo cual han sido posible conocimientos y teorías; según cual espacio de orden se ha constituido el saber; sobre el fondo de que a priori histórico y en qué elemento de positividad han podido aparecer las ideas, constituirse las ciencias, reflexionarse las experiencias en las filosofías, formarse las racionalidades para anularse y desvanecerse quizás pronto. No se tratará de conocimientos descritos en su progreso hacia una objetividad en la que, al fin, pueda reconocerse nuestra ciencia actual; lo que intenta sacar a la luz es el campo epistemológico, la episteme en que los conocimientos, considerados fuera de cualquier criterio que se refiera a su valor racional o a sus formas objetivas, hunden su positividad y manifiestan así una historia que no es la de su perfección creciente, sino la de sus condiciones de posibilidad, en este texto lo que debe aparecer son, dentro de espacios del saber, las configuraciones que han dado lugar a las diversas formas de conocimiento empírico.” (Foucault, 2005, 7).*

En pocas palabras, la episteme histórica foucaultiana define los campos de producción (pensar, conocer y decir) y actuación (haceres) de los hombres y solamente en ella es donde adquieren sentido. En base a estos argumentos, se hace necesario diseñar una ruta de investigación que permita identificar y delimitar los campos de producción y actuación que determinan la episteme que define el saber dominado (encarnada en los enfermos mentales).

## La revalorización del sujeto

Además de lo planteado anteriormente, esta ruta de investigación también va a estar orientada por su fundamentación en los principios del Paradigma Cualitativo que nace en la Escuela de Chicago en 1892. Turner y Turner afirman que esa teoría social naciente, unificó de una manera particular dos perspectivas teóricas importantes provenientes de Europa. “¿*Qué, entonces, era la naturaleza de tal teoría? En términos generales, el temprano trabajo de los teóricos americanos representan una mezcla del Positivismo de Augusto Comte con el organicismo y el individualismo de Herbert Spencer en una combinación únicamente americana*” (Turner y Turner, 1990, 17). Por su parte Moreno afirma que “*dos influencias serán decisivas en los primeros años: la filosofía pragmática de John Dewey (...), y el interaccionismo simbólico inaugurado por Pierce y William James.*” (Moreno, 2002, 4)

Uno de sus principales exponentes fue William I. Thomas (1863-1947) que ingresó a esta Escuela en 1895 y elaboró su tesis doctoral en 1896 bajo el título *The Polish Peasant in Europe and America* publicada en 1918 junto con Florian Znaniecki. En esta investigación trató la desorganización social de los emigrantes polacos, los cuales habían alcanzado cifras impresionantes en esa época. Destaca en la obra el importante desarrollo metodológico a partir de una variedad de fuentes de información de distinta índole (materiales autobiográficos, facturas, correspondencia familiar, archivos periodísticos, documentos públicos y cartas de instituciones). Además del análisis de un conjunto de datos empíricos también se plantea una investigación de tipo hermenéutico en el cual el papel de las historias de vida adquiere un valor metodológico similar al de las otras técnicas de recolección de información. Esto evidencia la existencia de otra dimensión para el tratamiento de lo social, ya que bajo esta perspectiva se privilegia el papel de los actores sociales pasando de los problemas sociales a las situaciones sociales, siendo aspectos como la sexualidad, las



actitudes, los sentimientos etc., los nuevos temas de investigación. Ahora lo científico se remite al estudio de las actitudes y cómo los individuos internalizan los procesos de adaptación o desadaptación al incorporarse en las nuevas sociedades, la cual posee pautas culturales distintas. Este predominio y exaltación del sujeto tiene sus raíces teóricas en los planteamientos de Bergson y Dilthey. Este tipo de enfoque se va a diferenciar de las perspectivas macrosociológicas, culturales y estructurales de los contemporáneos europeos como Durkheim.

La obra de Thomas y Znaniecki se constituye en el primer referente sociológico en el cual las historias de vida se constituyen en una técnica (apoyada en otros tipos de documentos como cartas, artículos de periódicos, archivos de tribunales, entre otros) que posibilitaría comprender *desde dentro* el mundo del actor a partir de los relatos biográficos orales. Si bien ésta ya era usada con anterioridad por otros científicos, como los antropólogos, es a partir de este trabajo cuando se logra *“insertarla en los parámetros de la ciencia de la época con sus exigencias de “objetividad” y rigor metodológico, le dan un estatuto de cientificidad que (...) ya no le puede ser borrado”* (Moreno, 2002, 16). Por su parte, Panaia afirma que este trabajo *“se considera el bautismo de la aproximación biográfica en Sociología”* (Panaia, 2004, 54)

Este planteamiento inicial de la subjetividad como forma de conocimiento fue desplazado en 1935 por el Paradigma Cuantitativo representado en las Escuelas de Harvard y Columbia argumentando, entre otros aspectos, su acientificidad (Moreno, Pujadas). A finales del siglo pasado, han surgido una serie de cuestionamientos sobre la utilidad de los hechos estadísticos y las estructuras sociales (fundamentos del Paradigma Cuantitativo) para comprender ciertos fenómenos sociales que llevaron a la necesidad de retomar el papel de la subjetividad.

Panaia recoge este proceso cuando afirma lo siguiente: *“el uso de la biografía, historias de vida, en las Ciencias Sociales está asociada a la revalorización del sujeto como objeto de estudio en contraste con la posición positivista que, asociada epistemológicamente a las ciencias naturales, dio prioridad a lo cuantitativo y a la estructura social por sobre el sujeto.”* (Ob. Cit. Pág. 52)

Esta *revalorización del sujeto* responde a un vuelco epistemológico al interior de las Ciencias Sociales. Ahora los relatos biográficos orales superan el ámbito auxiliar de la técnica y puramente ilustrativa (Thomas y Znaniecki) para constituirse en el objetivo mismo de la investigación. De tener inicialmente un papel auxiliar en la investigación, actualmente se constituye en su objetivo principal, como forma autónoma de producir conocimientos.

Ferrarotti en *Historia y Historias de Vida* se plantea la siguiente pregunta ¿Cómo la subjetividad inherente a la autobiografía puede llegar a ser conocimiento científico? Para responderla, parte de la siguiente consideración:

*“Toda narración autobiográfica relata, según un corte horizontal o vertical, una praxis humana. Ahora bien, si la “esencia del hombre (...) es, en su realidad, el conjunto de las relaciones sociales (Marx VI Tesis sobre Feuerbach) toda praxis humana individual es actividad sintética, totalización activa de todo un contexto social. Una vida es una praxis que se apropia de las relaciones sociales (las estructuras sociales) las interioriza y las transforma en estructuras psicológicas mediante su actividad de estructuración-desestructuración. Cada vida humana se revela hasta en sus aspectos menos generalizables como síntesis vertical de una historia social. Todo comportamiento o acto individual aparece en sus formas más singulares como síntesis horizontal de una estructura social.”* (Ferrarotti, 1981, 14)

Éste se constituye sin lugar a dudas como uno de los presupuestos epistemológicos fundamentales de esta investigación. Esta consideración viabiliza otorgarle a los relatos biográficos orales una dimensión que supera significativamente la discusión sobre la validez del sujeto como fuente de conocimiento planteada en los inicios de la Escuela de Chicago ya que permite superar esa concepción limitada, auxiliar, secundaria, en otras palabras como técnica, que hasta los momentos se le ha asignado a esta *biografía sociológica*.

A su vez, partiendo de este principio se le da paso a otro presupuesto epistemológico planteado en las mismas palabras de Ferrarotti: ¿Cuántas

biografías son necesarias para conseguir una “verdad” sociológica, cuál material será el más representativo y nos dará de primero verdades generales? A lo cual el mismo autor responde:

*“nuestro sistema social está todo entero en cada uno de nuestros actos, en cada uno de nuestros sueños, delirios, obras, comportamientos y la historia de este sistema está toda entera en la historia de nuestra vida individual. El individuo no es un epifenómeno de lo social. En relación a las estructuras y a la historia de una sociedad. Él se sitúa como polo activo, se impone como una praxis sintética. Muy lejos de reflejar lo social, el individuo se apropia de ello, lo mediatiza, lo filtra y lo retraduce proyectándolo a otra dimensión, que no es otra sino la dimensión de su subjetividad. No puede prescindir de ello, pero no lo soporta pasivamente, más bien, lo reinventa cada instante...El hombre -añadiremos nosotros: el hombre inventado por la revolución burguesa- es el universo singular. Mediante su praxis sintética singulariza en sus actos la universalidad de la estructura social. A través de su actividad destotalizante-retotalizante individualiza la historia social colectiva...Si nosotros somos, si cada individuo representa la reapropiación singular de lo universal social e histórico que lo circunda, podemos conocer lo social partiendo de la especificidad irreductible de una praxis individual” (Ferrarotti, 1981, 14-15)*

En base a estos argumentos, la problemática de la científicidad o veracidad del conocimiento científico de lo social no se circunscribe a la objetividad en la aplicación del método científico característico de los métodos cuantitativos en los cuales se resuelve por la representatividad entre datos, números, repeticiones, etc., que posibilita el muestreo estadístico. Ahora lo pertinente no es preguntarse cuantas biografías sociológicas son necesarias para obtener el conocimiento de lo social, ya que al considerar una sola se sintetiza el todo social.

Esta propuesta de “*leer una sociedad a través de una biografía*” (Ferrarotti, 1981, 15) no debe ser entendida únicamente como una narración de historias vividas sino también como un microrrelato social, en el cual se

instaura una interacción social compleja entre un relator y un escucha entre los que se establece un sistema de normas, reglas, sanciones, roles, valores, etc.; es decir una *reciprocidad relacional*. Como señala Ferrarotti:

*“Todo relato de un acto o de una vida es, a su vez, la totalización sintética de experiencias vividas y de una interacción social. Un relato biográfico no posee nada de un resumen de crónica, es una acción social a través de la cual un individuo retotaliza sintéticamente su vida (la biografía) y la interacción social en marcha (la entrevista) en el medio de un relato-interacción. ¿El relato biográfico narra una vida? Diríamos más bien que narra una interacción presente mediante el trámite de una vida.”* (ob.cit. pág. 15,16).

En este sentido, es necesario rescatar de esos relatos biográficos orales tanto los contenidos que se expresan como la interrelación escuchar-relator. Por ello, se hace necesario enfocarse en los significados, es decir, en los complejos culturales que se estructuran internamente a partir de una praxis humana. Es importante señalar que no se trata de privilegiar una visión determinista del todo social sobre el individuo, sino partir de la consideración de que ese todo social se internaliza y estructura conforme a su praxis. Con este tipo de postura también se rechaza una concepción psicologista o individualista de lo social (individualismo subjetivista), ya que lo individuos van a redefinir lo social no a su libre albedrío o voluntad, sino en función de lo vivido. Como señala Moreno, *“la persona no posee los significados sino que es poseída por ellos.”* (Moreno, 2002, 32).

Por su parte, Panaia afirma en este mismo sentido que *“el individuo es determinado socialmente y constituido por la palabra y es determinante a través de la praxis. La palabra es tomada en su doble perspectiva: como reservorio de la experiencia social y como vehículo para la comprensión de lo real (...) Así, el dato no será tomado como lo real mismo sino como resultado de la aprehensión simbólica que le permite al sujeto comprender el medio y darle sentido posible de ser transmitido por la palabra.”* (Panaia, 2004, 52).

En palabras de Bertaux, y atendiendo a otro tipo de clasificación, esta investigación se orienta a un nivel sociosimbólico en oposición al

otro socioestructural, ya que *“intenta destacar complejos de valores y representaciones que existen primeramente en el nivel colectivo antes de apropiarse más o menos de las subjetividades.”* (Bertaux, s.a.)

En este orden de ideas, para la comprensión de esos *significados estructurales* se hace necesario recurrir a una aproximación hermenéutica, entendida como práctica de comprensión, interpretación y aplicación de esos significados a partir de un proceso de deconstrucción-reconstrucción de lo vivido.

En esta investigación, estas *mediaciones o significados estructurales* van a entenderse a partir de lo que Moreno ha denominado marcas-guías. Una marca-guía

*“no son pues, datos ni categorías, sino señales de posibles significados organizadores que, a lo largo de toda la historia, pueden convertirse en claves de comprensión del sentido disperso en ella y del núcleo frontal generante de todo el sentido y significado. Si una marca-guía se revela al final como clave de sentido - y no ya como sola señal - junto con otras se elabora un sistema de comprensión-interpretación que queda, sin embargo, siempre abierto a otros posibles sistemas.”* (Moreno, 1998, 23).

Luego de identificada esas marcas-guías a partir de un proceso de deconstrucción de lo narrado-vivido, se dará paso a un análisis reconstructivo que posibilite darle sentido a la comprensión de la locura como saber sometido.

Para concluir, es importante hacer una última precisión que tiene que ver con las distintas formas que asumen los relatos biográficos orales.

Moreno diferencia entre documentos biográficos, biografías, historias de vida (autobiografía e historia-de-vida) y relatos de vida. Pujadas divide los documentos personales (autobiografías, diarios personales, objetos personales, correspondencia, fotografías y otros), de los registros biográficos obtenidos por encuesta (historia de vida, relatos de vida y biogramas).

En función de los objetivos de esta investigación, se considera al **Relato de Vida** como el acercamiento biográfico más pertinente. Pujadas señala que la conveniencia de este tipo de estudio cuando afirma que:

*“los relatos de vida (...) poseen como característica primordial su carácter dinámico-diacrónico. La amplia literatura disponible nos muestra que los casos en los que el uso de los relatos biográficos se muestra más adecuado es para analizar procesos de desajuste y crisis, individual o colectiva, que presuponen modificaciones significativas tanto en el comportamiento como en los sistemas de valores por parte de los grupos sociales implicados”.* (Pujadas, 1991, 63)

Esta modalidad presenta, en el siguiente trabajo, varias implicaciones epistemológicas y metodológicas importantes:

- a.- No se pretende narrar toda una vida sino una parte de ella. Por lo tanto se refiere a un aspecto de la realidad, actividad, o tema de vida de un sujeto. En nuestro caso, la parte de vida que interesa es aquella que se inicia a partir del momento en que la persona se considera como enfermo mental y ha recurrido a los servicios de un especialista, en este caso, el psiquiatra.
- b.- Corresponde a un aspecto de la realidad tal como la persona que la ha vivido la cuenta, sin el apoyo de otra fuente de información o documentación adicional (life story y no life history).
- c.- Retomando a Ferraroti, si se considera que el hombre es el universo singular, que mediante su praxis sintética singulariza en sus actos la universalidad de la estructura social, sólo se trabajará sobre un único relato de vida, en este caso el de Rose. Este tipo de investigaciones de relato de vida único, según Bertaux, ya ha sido ejecutado por otros intelectuales (Catani, 1980, 1981; Luchterhand, 1981; Houle, 1979; Sutherland, 1937).

En este sentido, se trabajará con el Relato de Vida de Rose como enferma mental y la *entrevista cualitativa* se constituirá en el instrumento de indagación social. Por *entrevista cualitativa o en profundidad* debe entenderse que *“no son meras conversaciones cotidianas, aunque se aproximan a ella en tanto interacción cara a cara producida en condiciones históricas y sociobiográficas determinadas. Se trata de conversaciones profesionales, con un propósito y un diseño orientados a la investigación*

*social, que exigen del entrevistador gran preparación, habilidad conversacional y capacidad analítica.*” (Valles, 2007, 41). La pertinencia de esta herramienta de indagación social en este tipo de investigación la reseña este autor cuando afirma que

*“los modos de indagación etnográficos como los biográficos han formado parte consustancial de la naturaleza de las entrevistas en profundidad desde el principio. En otras palabras, las entrevistas en profundidad no se entienden sin los modelos de entrevista etnográfica (esto es, las formas de conversación ligadas al estudio de casos etnográfico, al trabajo de campo cualitativo) y de entrevista biográfica (las formas de entrevista relacionadas con el estudio de casos biográficos, las historias de vida, los relatos biográficos de todo tipo).”* (Ob. Cit. Pág. 29)

Valles establece una diferenciación al interior de estas entrevistas cualitativas:

- a.- Formas estandarizadas no estructuradas: Entendidas como aquellas que se centran en un mismo tipo de información y se establece un guión de preguntas abiertas las cuales variarán en su formulación y orden de acuerdo a cada entrevistado.
- b.- Estilos no estandarizados: Aquella en la que no existe un listado inicial de preguntas abiertas.

En esta investigación, se implementará la entrevista cualitativa no estandarizada. La orientación de este tipo de entrevistas parte de la consideración según la cual

*“la persona que narra su historia, tiene control sobre muchos de los datos de esa historia, al disponerse a narrarlos, tiene conciencia de ellos y por lo mismo controla si los va a narrar o no y cómo los va a narrar. Sobre otros no lo tienen ya sea porque los ha olvidado, ya sea porque “se les salen” sin querer, ya sea porque están distorsionados en su memoria, pero sobre los significados no tienen ningún control pues están presentes en toda su vida y en toda su forma de narrarla: en el lenguaje, en la organización, en el ritmo de la narración, en la veracidad*

*tanto o como en la falsedad consciente e inconsciente de lo narrado.” (Moreno, 2002, 32).*

En pocas palabras, este tipo de entrevista cualitativa de estilo no estandarizado permitiría captar esos significados estructurales o marcas-guías que darían cuenta de las estructuras profundas que le dan sentido al saber dominado de los enfermos mentales con respecto a la locura.

## PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron únicamente seis (6) sesiones de entrevistas ya que la última denominada de Síntesis no fue necesaria. El orden previsto se alteró por solicitud de la relatora y fueron realizadas en la casa del Correlator hacia la cual la Relatora se movilizó de manera particular en casi todas las sesiones, evidenciando así, su gran disposición a participar en el estudio. El nuevo orden y el tiempo de duración de cada sesión quedaron establecidos de la siguiente manera:

- a.- Aspectos relativos a su **enfermedad**: 1 Hora, 24 minutos.
- b.- Relación con sus **médicos**: 45 minutos.
- c.- Valoración de su estadía en el **hospital psiquiátrico**: 55 minutos.
- d.- Tipos y efectividad de los **tratamientos** a los que ha sido sometida: 1 Hora, 10 minutos.
- e.- Valoración de **sí mismo**: 1 Hora, 25 minutos.
- f.- Valoración **percepción familiar**: 30 minutos.

Los contenidos simbólicos emitidos en cada sesión fueron vaciados en una plantilla dividida: en la sección derecha se transcribió literalmente toda la información suministrada y en la izquierda se localizó lo que a nuestro entender serían las marcas-guías identificadas en la narración. Luego de realizadas las transcripciones, se procedió de manera manual al examen de éstas por lo cual no se utilizó ningún paquete estadístico. Por razones profesionales, la identidad de los médicos tratantes se mantuvo en el anonimato, no así con los nombres de los familiares a petición propia de la relatora.



## ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

### Observaciones generales

Antes de pasar a analizar el contenido de cada sesión de entrevistas y, por ende, los significados estructurales o marcas-guías de cada uno de los aspectos considerados, se hace necesario evaluar cómo se desarrolló el formato de entrevista diseñada.

El primer elemento que llama poderosamente la atención lo constituye la gran disposición de Rose a contar su historia. La puntualidad en el inicio de las sesiones, el hecho de trasladarse por sus propios medios en la mayoría de los casos al sitio donde se realizaba la entrevista, la emotividad con que narraba sus vivencias, entre otros aspectos, evidencia la necesidad de ser escuchada. En más de una oportunidad, Rose refirió al Correlator el hecho de que *“ella quería que se conociera su historia”*. El hecho de ofrecerle la oportunidad sobre lo que significa para ella su experiencia, favoreció el desarrollo de todas las sesiones de la entrevista.

El segundo aspecto, a mi entender significativo, fue la necesidad que siente Rose de participar de una manera activa en todo el proceso y vivencia de la enfermedad. El hecho de mencionar cuáles son, a su entender, las posibles causas de su trastorno confrontando la versión médica, recurrir a otras instancias no *“científicas”* a fin de solventar su situación, implementar terapias alternativas, etc., son algunos ejemplos que evidencian el carácter proactivo y el empeño que posee Rose a fin de entender y tratar de curar su trastorno.

El tercer hecho de singular importancia lo constituyó la propuesta hecha por la Relatora de cambiar el orden de sesiones establecido inicialmente al tratar primero lo referente al hospital psiquiátrico y luego lo relativo a los tratamientos. A mi entender, una de las causas de dicha modificación obedece a la asociación estrecha que establece la relatora con el Médico (sesión anterior) y su ámbito específico de actuación como lo es la Institución Asilar. Además, la fuerte carga negativa que representó la experiencia del internamiento también pudo influenciar en este cambio de orden.

El cuarto elemento cardinal a mencionar es en referencia al tiempo de duración de cada sesión. En unas sesiones la Relatora demostró más disposición a compartir información que en otras. El caso más evidente

fue el referido a cómo la percibe su familia ante su trastorno, el cual duró alrededor de 30 minutos, en comparación, por ejemplo, a aquella en la cual se trató su valoración personal, que llegó a 1 hora con 25 minutos. La explicación de esta situación (que se tratará más profundamente cuando se trabaje este tópico) se localiza indudablemente en la clara percepción negativa que manifiesta la mayoría de los miembros que conforman su núcleo familiar más cercano, en contraposición a la actitud positiva que ella manifiesta.

El quinto aspecto a resaltar tiene que ver con la aparición en sesiones posteriores de algunos aspectos o temáticas que ya se habían tratado en oportunidades anteriores. Tal es el caso de la imagen de abuso sexual infantil que surge en la tercera sesión referida a los tratamientos y no en la primera sesión en la que se consideró lo referido a su enfermedad. A su vez, el hecho de la recurrencia de determinadas marcas-guías a lo largo de todas las sesiones de entrevistas también se constituye en una constante del estudio. Esto corrobora lo planteado en los presupuestos epistemológicos según el cual *“la persona no posee los significados sino que es poseída por ellos”* (Moreno, 2002, 32).

A continuación, se pasará al análisis pormenorizado de cada una de las categorías planteadas en cada sesión de entrevistas según sus marcas-guías. Es importante señalar que luego de haber efectuado una exploración inicial por parte del Correlator, los resultados obtenidos se contrastaron con una triangulación realizada con la ayuda de otros profesionales, específicamente una licenciada en Trabajo Social y un psiquiatra.

## **Rose y su enfermedad**

El primer elemento a considerar en referencia a la enfermedad lo constituye su sintomatología, la cual es muy variada. En todas las sesiones se identificaron dolencias de carácter orgánico de distinta índole que van desde padecimientos asociados al período menstrual, tensión alta, incontinencia renal, parasitosis, etc. Como síntomas propios y característicos del Trastorno Bipolar se evidencian los cambios significativos en su comportamiento. Como señala el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América las personas que sufren este trastorno *“experimentan cambios drásticos en su estado de ánimo. Pueden pasar de estar*

*muy enérgicos, 'eufóricos' y/o irritables, a sentirse tristes, desesperanzados y luego comenzar el ciclo nuevamente. Frecuentemente tienen estados de ánimo normales entre uno y otro ciclo. A las sensaciones de euforia se les llama manías. A las de tristeza y desesperanza se les llama depresión"* (2009). Pero a su vez, es muy importante señalar que también se manifiestan en Rose síntomas propios de otros trastornos, específicamente de la Esquizofrenia (DSM IV), como por ejemplo las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia), el comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, conductas negativas, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alojía o abulia, disfunción social y laboral.

En este sentido, aquí aparece una **primera marca-guía** con respecto a la comprensión que se tiene sobre este trastorno a nivel de los que sufren este padecimiento. A diferencia de las enfermedades médicas en las cuales la sintomatología que se presenta es muy específica para identificar su patología, las personas que sufren de estos trastornos mentales evidencian un solapamiento o confluencia de distintos síntomas que hacen muy problemático establecer con precisión o enmarcar el tipo de perturbación que sufren con base en los criterios establecidos por el DSM IV. En 1952, Guertin, utilizando el análisis de factores, determinó que no encontró *"ningún indicio de un grupo de factores, que pudieran considerarse esquizofrenia"* (Guertin citado por Read, 2006, 57). En 1973, la OMS en un estudio comparativo concluyó que *"los conjuntos de síntomas definen grupos distintos y más homogéneos que los diagnósticos clínicos"* así como también que *"los pacientes a los que se ha diagnosticado esquizofrenia se encuentran distribuidos en todos los conjuntos. No se ha obtenido un único perfil de esquizofrénico"* (citado por Read, 2006, 57). En otras palabras, se da una comorbilidad, es decir, una patología en la cual se entremezclan los síntomas de diversos trastornos:

*"me levanté de la cama, me trastumbaba, eh... y a cada rato era ir al baño a orinar, porque me orinaba sola, eh..., me compliqué tanto que... los dos médicos que estaban allí, eh... la doctora que ya estaba por graduarse de psiquiatra y el doctor que le faltaba un año para graduarse; el Dr. V ummm..., ellos se miraban y decían; cuando yo decía: me estoy orinan-*

*do, tengo que orinar; ya había orinado en esos momentos y ya me estaba volviendo a orinar; ellos dijeron: este... que yo sitomatizaba, entonces, ... que él, ummm, esos, esas dolencias que tenía en la columna, en la parte lumbar, en el vientre, en ... la parte cervical, eh... los brazos, este... y un malestar terrible (enfatisa la palabra) que no lo podía controlar, ellos decían que eso era a... consecuencia del cerebro; consecuencia de, de los nervios que descontrolaban el cerebro y el cerebro mandaba información a todos los músculos y a todos los órganos de mi cuerpo”(1ª Sesión, Líneas 74-92).*

*“Enferma, enfer... enferma de, de los nervios me hacían enfermar todos los órganos; especialmente el estómago y es cierto, porque cuando yo estudiaba, que tenía examen de matemáticas, me daban diarreas por los nervios y, (hace pausa) él dice que, que los nervios me atacan mucho el estómago y, este las manos; Mario los, los brazos me tiemblan mucho; las manos, el cuello me tiembla mucho, el cerebro con, con los músculos me tiemblan; a veces, veo estrellitas; a veces se me mueve mucho el ojo derecho, los músculos”(1ª Sesión, Líneas 254-264).*

Este fenómeno de comorbilidad es expresión de las limitaciones y/o dificultades que presentan los sistemas clasificatorios de las enfermedades mentales como lo son los DSM en sus distintas versiones y que ya han sido ampliamente reseñadas en el capítulo anterior. Autores como Laurent (falta de confiabilidad en los diagnósticos), Rendueles (un instrumento administrativo, una clasificación gremial que intentaba equilibrar los intereses de la industria psicoterapéutica eludiendo denodadamente cualquier conflicto científico), Cazau (legitimación viene dada por su afinidad con otras clasificaciones como la Clasificación Internacional de Enfermedades propuesta por la Organización Mundial de la Salud), Read (planteamiento disyuntivo y carente de sentido desde el punto de vista científico) Szasz (falta de precisión en lo que respecta a la delimitación del objeto de estudio de la psiquiatría) e inclusive la misma APA hacen referencia a diversos aspectos que cuestionan fuertemente la validez y confiabilidad de esas tipificaciones. Por otro lado, la diversa sintomatología que presenta Rose evidencia las dificultades para conceptualizarla como enfermedad en los

misimos términos que otras disfunciones orgánicas, situación que ya había sido reseñada por Charcot, Kraepelin y Bleuler en el caso de la histeria.

En este mismo aparte referido a la Enfermedad, y como consecuencia de lo planteado anteriormente, se da la **segunda marca-guía**. Si no existe una sintomatología específica que dé cuenta de determinados trastornos, se hace sumamente difícil establecer la etiología o causas de la enfermedad. De hecho, Rose en su relato de vida refiere cinco posibles circunstancias, las cuales jerarquiza de la siguiente manera:

a) Situación constante de abuso y maltrato de diversa índole en diferentes etapas de su vida por distintas personas muy cercanas a su entorno familiar.

*“Todos mis hermanos me querían dar golpes, todos mis hermanos me querían usar: hazme esto, hazme lo otro, tráeme esto este... todas esas cosas y si no las hacía me caían a golpes y mamá noo... hacía nada por ello y por eso era que yo vivía como, como... este... no con odio, sino como una rebeldía (pausa corta) y tenía un hermano que se emborrachaba y me quería caer a golpes siendo yo una muchacha de... de 12, 13 hasta los... (pausa corta) 17 años que nos separamos que... que mi hermana buscó otra casa... alquilada para salir del yugo de ese hombre... él, él me agarraba yy... yy... trataba... no sé si deba decirlo, pero yo creo que sí porque el doctor decía que desde allí viene mi enfermedad horrible este... siendo tan... tan criada de papá, tan... que me acostaba con papá; que lo bañaba, que lo aseaba, que le limpiaba los zapatos, quee... le iba a comprar la prensa cuando no se la llevaban, quee... le hacía el café: yo le preparaba el café, porque decía que yo lo preparaba mejor que mi mamá este... ese hombre me quería, me quería (voz angustiada) este... me... me seducía yy... me apretaba los senos y yo gritaba, gritaba y gritaba, pero eso lo hacía cuando no había nadie en la casa, entonces, este... por las noches Mario dormía demasiado mal, porque por las noches trataba de registrarme mis partes (pausa corta)... genitales, entonces eso para mí fue algo: (pausa corta)... terrible, mi niñez y mi juventud fue terrible terrible” (4ª Sesión, Líneas 107-138).*

*“Luego, mme... caso y me toca un dinamo, me toca un energúmeno, me toca unn... una persona que hoy tiene una cara y mañana tiene una, otra cara unn... cómo lo llaman... unn... (Pausa media) hazzz.... Se me fue la palabra... cuando una persona tiene una cara un día y otra cara al otro día es una (pausa media)... persona hazzz... se me olvidó. Bueno, el asunto era que él este... se la pasaba maltratándome, o sea, verbalmente..., llamándome... ofendiéndome, sino: gritándome, me pedía las cosas gritándome, mee... me reclamaba por nada; por nada, no quería que yo tratara a nadie, no quería nada... que yo respirara, no quería que yo respirara porque él era así; porque él era el rey y... yo lo traté como un rey (pausa media)... lo atendía como un rey; él era neurasténico (énfasis): esa es la palabra, su madre misma se lo decía que él era neurasténico este... lo peor era que no manejaba dinero y el dinero él lo gastaba todo en la calle donde yo sufría mucho, porque quería comprarme algo y no tenía... ee... tengo la niña y esto... (pausa corta) se dio el lujo de que las hermanas me compraran la ropa de la niña, porque él nunca me quiso dar el dinero para que yo le comprara las cosas a mi niña: ese fue otro trauma” (4ª Sesión, Líneas 158-177).*

*“Marcelo cuando bebe que llega hablando duro, este... que llega reclamándome cualquier cosa, yo me pongo asustada; ¡me asusto! Me asusto porque ... este... me asustó (sube su tono de voz, acentuando la frase) y no debería de asustarme porque creo que no me va a agredir, porque él no lo hace, y si lo hace, bueno, me lo hará mientras yo trate de, de escaparme, de agarrar la llave y salirme para casa de mi amiga (hace una breve pausa) salirme, salirme a la calle y, y meterme en casa de, de una de mis dos amigas que viven en la misma cuadra nooo... cuando no está mi hijo, porque cuando está mi hijo él no se pone con esas cómicas, pero él me enferma, él me enferma, me pone mal, me pone triste; que yo soy tan alegre, yo soy muy alegre me despierto y es...” (1ª Sesión, Líneas 316-330).*

## b) Acciones mágico-religiosas.

*“Porque, por eso escuchaba las voces, las voces que... cuando me gritaban que me iban a matar, eh... me despertaban, eh... yo le contaba a, a esos dos psiquiatras y ellos me decían: bueno, nosotros. Cada uno me contestaba: yo no creo en eso, pero sí tengo un amigo que es psiquiatra que trabaja el espiritismo y yo le dije no, yo no quiero mezclar la medicina con el espiritismo no quiero, no quiero no, eh... pero hablando de, de del otro médico que... (una breve pausa) me diagnosticó la conjuntivitis como una enfermedad esteemm... ¿cómo se llama? (hace una pausa e interviene el investigador).*

## C: Visual.

*R: Infec... infecciosa, o sea, esa conjuntivitis me dolió muchísimo. Mario me, me, me aseaba también, llevaba el tratamiento y nada; un día un enamorado de mi vecina me dijo que... yo... eh... él trabaja las cosas esas de las ciencias ocultas, este... por cierto español; eh... ese español me llevó a casa de una colombiana y, la colombiana, la colombiana fumaba tabaco, eso es lo que más recuerdo y, cuando ella me vio eh... le dijo a, al español este... esta, esta muchacha está enferma, la bajaron para matarla eh... y esa conjuntivitis que tiene no es natural, eso es un espíritu que a ella le pusieron ah.. a ella para que sufriera, para que se muriera, entonces, y... si quiere yo le fumo el tabaco para que se le quite. Entonces, yo le dije a José Ramón, al español, le dije: Bueno, si se me va a quitar, que lo haga porque yo no creo, pero, pero si me voy a curar, que lo haga; entonces, ella... este... me asombré, porque fumaba el tabaco y me echaba el humo en los ojos y cuando eso yo no usaba lentes y me dolía y yo decía: Dios mío qué está haciendo esta mujer y qué estoy haciendo yo, pero (breve pausa) ... ya estoy aquí... ssss que pase lo que Dios quiera y sanseacabó, se me quitó la conjuntivitis, inmediatamente se me quitó, inmediatamente ella hizo eso pues, le dijo a José Ramón: lo que ella tiene, yo no se lo puedo sacar, porque si se lo saco me muerdo (énfasis en la palabra) porque ella está trabajada con magia negra; con Vudú iii... este” (1ª Sesión, Líneas 487-530).*

*“fui a la doctora Cb que... dicen que se levanta, eh... bota agua de rosa por las manos, sí la bota, porque yo le he visto botar agua de rosa por las manos y me ha bañado, con esa agua me trató y cuando me trató ella se enfermó; ella se enfermó, tuvo una semana en cama, orinando sangre me dijo que no me le volviera a acercar nunca más, me dijo y... esto... (pausa) cuando me trató en la clínica D’Empaire... se oyeron, se escucharon golpes muy feos como si tiraran cosas; tal cual como la película del exorcista y caían cosas. Ella me dijo que no abriera los ojos, yo no los abrí, por si acaso no cuandoo... se terminó eh el show digamos así, ella comenzó a recoger todas las cosas que habían tirado y sacó un ojo; un ojo que decía: te tenemos vigilada, este... cosa que te saquen; cosa que te volvemos a poner; un paño eh... umm... un paño de un producto que se llama gino... gino... ginodian creo, que decía en el paño: te queremos ver muerta, hasta que no; hasta que no te vuelvas loca y te quites la vida no vamos a estar tranquilos eh... este... sacó un cepillo dental con un agua mala, yo conozco el agua mala y ella me preguntó que si sabía lo que era eso y yo le dije sí, esa es un agua mala, eso es mi amor para que te vuelvas loca y te quites la vida, eso es para que sufras del maxilar, y yo sufro del maxilar (aclara) horriblemente y... no sé qué otras cositas sacó la doctora Cb este... el asunto es que ella me, me prohibió que la siguiera frecuentando que ella no me iba a tratar más; que ella no podía con lo que yo tenía; luego visité otra allí en la D’Empaire y me vio fuera del consultorio y... me dijo: tu enfermedad no es natural y aquí yo no te la puedo quitar porque me botan de la clínica y... bueno, así sucesivamente eh...” (1ª Sesión, Líneas 531-565).*

c) Traumas operatorios.

*“yo, de por mi parte, digo que fue en el momento del post-operatorio, porque cuando eh... me iban a llevar a pabellón eh..., le agarré la mano a mi médico y le dije: D, no me vayas*



*a abandonar, porque presiento que algo malo me va a pasar; entonces, tranquila que no te va a pasar nada; me contestó y, en el pabellón, cuando vi el pabellón me puse nerviosa y no lo veía a él, y pedí que por favor (pronuncia así la palabra) antes que me durmiera que él estuviera ahí conmigo, entonces, lo llamaron y le dije: dame la mano, me la apretaste, cuando esté dormida ok, me sueltas, ve a ver; te cambias, porque todavía estaba vestido de... vestido, no tenía la, el, el trajecito de médico y bueno, cuando reaccioné al... de... cuando volví de la operación sentí demasiado dolor y mucho calambre desde la, desde la parte lumbar hasta los pies, mucho calambre eh... el colon se me estresó, porque eso fue lo que él me dijo, se me formaron unos pelotones en mi vientre cua... yo no tenía nada de vientre ni, ni ,ni de nada; el abdomen, todo planito; planito, planito parecía que nunca había parido y cuando yo me vi eso me, me asusté, yo no sabía qué era y, y pedí que lo llamaran y él vino y me dijo: lo que paasa (pronunciada de esta manera) es que para sacarte el útero hay que sacar el colon y estás estresada, o sea, cómo se estresa una persona es lo que no entiendo dormida, anestesiada, pues no entiendo, ya ese estrés venía, entonces, él me acomodó el colon con las manos y (hace una pausa) listo, se fue. Luego, fue que me paralicé toda y la enfermera me tuvo que hacer este... un ejercicio para que, para que me pudiera mover y entonces de allí rechacé los puntos y me inyectaban” (1ª Sesión, Líneas 176-210).*

d) Acciones delictivas.

*“Ee... nos atracaron y nos quitaron el carro y vi que (pausa muy corta) estaban apuntando a Marcelo en, en el hígado y yo estaba montada en el carro yy...y el hombre noo...noo...Marcelo no daba las llaves y el hombre e... tratando de abrir la puerta y yo que no se la abría yy... (tono de voz acelerado) cuandoo... entregamos ee... Marcelo entregó las llaves yo entregué el celular porque vi que no nos lo pidieron y dije: -Nada, esto es que no van a entregar el carro y lo van a negociar y tiré*

*mi celular y por eso fue que Marcelo se comunicó con ellos. Recuerdo perfectamente que Marcelo quedó en el portón... de la cera y yo subí (breve pausa) porque la casa de Roberto tiene e por subida por... subí por el garaje que rampa; no por el portón pequeño que son escalones sino por la rampa y me senté enn... la sala; allí sentí que las piernas se me fueron, allí sentí que las piernas se me fueron yy... sentí una cosa muy fea en la cabeza y un temblor; entonces me preguntaron que qué había pasado y le dije: -Acaban de atracar a Marcelo (voz apresurada), allí (pausa media) caí en depresión; allí caí en depresión, entonces, cuando Marcelo me lleva a la consulta de emergencia, él preguntó: -¿Por qué la señora Rose está así? Tuvo que haber pasado algo o no se está tomando el tratamiento, Marcelo le dijo: -Sí se está tomando el tratamiento, pero nos atracaron; entonces dijo: -Eso fue. Eso era el motivo, dijo él ” (2ª Sesión, Líneas 335-366).*

#### e) Tragedias familiares.

*“claro que sí estoy...yo digo que sí tengo una enfermedad mental porque... umm... noo... (pausa) este... (pausa) no le doy (pausa) nombre (énfasis) a lo que yo siento, a lo que yo siento... mi mente es entonces la que produce de que yoo... de que a mí me den todas esas cosas porque en estos días murió un primo segundo donde yo lo quise mucho y una amiga que es como mi hermana que le dio un ACV y... me puse a morir; a morir; entonces, sii... las malas noticias, sí... lo que sucede este... cuando se me muere alguien que yo amo, que yo quiero (pausa)... Sí me ponen muy mal o sea, a trabajar el cerebro este... como... cómo digo yo, como un remolino ee...” (2ª Sesión, Líneas 173-187).*

*“Sí... si ee... con una gravedad de... de mi amiga y una enfermedad de mi primo que murió ee... me puse muy triste y muy mal y comenzó la taquicardia y el temblor; no me podía dominar y estaba en la casa sola o no estando sola y tuve que retomar el tratamiento”(4ª Sesión, Líneas 844-848).*

Esta diversidad conduce, en primer lugar, a la existencia de una explicación múltiple de la etiología de este trastorno, lo que la diferencia sustantivamente de las enfermedades médicas en las cuales prevalece una relación directa entre causa y efecto. Geekie llega a las mismas conclusiones en su estudio cuando afirma que “los participantes no parecían molestos por las justificaciones multifactoriales de las experiencias psicóticas, incluso cuando incluían contradicciones muy claras (...) Aunque las ideas de causalidad de los participantes eran variadas, fue posible clasificarlas en justificaciones psicológicas, sociales/interpersonales y biológicas” (Geekie citado por Read, 2006, 188-189). Por su parte, Szasz en *El Mito de la Enfermedad Mental* señala que

*“en cuanto a los llamados pacientes mentales no tienen enfermedades médicas o corporales; esto es, en tanto que las enfermedades mentales son “funcionales”, no resultan ser, en mi opinión, verdaderas enfermedades. Se trata de enfermedades metafóricas. Se trata de enfermedades sólo en un sentido analógico, en el hecho que sus llamados “síntomas” se asemejan a los síntomas de las enfermedades corporales. Pero este parecido no se debe al hecho de que las enfermedades mentales sean semejantes a las corporales, sino a que aquellos que “tienen” una enfermedad con frecuencia actúan como si tuvieran enfermedades corporales (...) Se podría decir que, hablando en forma estricta, la enfermedad es algo que solo puede afectar el cuerpo: el cuerpo humano, o el del animal o incluso la estructura de plantas o de organismos unicelulares. Pero, por definición, la enfermedad no puede afectar a la ‘mente’ (...). Pero no es más tonto que dar, o tomar, sustancias químicas que envenenan el cerebro para tratar ‘enfermedades mentales’ que, de hecho, son problemas matrimoniales, profesionales, sexuales, habitacionales, etcétera” (Szasz en Basaglia 2004, 92-93-94).*

Rodríguez llega a propuestas similares en su estudio sobre *La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental*. En sus conclusiones afirma lo siguiente:

*“El carácter de acontecimiento externo que asume el proceso patológico en estos sujetos, queda comprobado cuando halla-*

*mos que la enfermedad es percibida como siendo siempre un producto de cosas que le suceden al sujeto, provenientes de instancias externas y “Otros poderosos”. El desengaño amoroso, la intervención de los “Otros malos” u “Otros poderosos”, los hechos fortuitos o circunstanciales, el castigo infantil, la falta de tratamiento o la debilidad cerebral y los golpes, constituyen otros tantos de los muchos factores responsables del surgimiento de la enfermedad, en el contexto de la representación de los sujetos investigados. Solo en un caso encontramos la noción de conflicto cuando se interroga por el significado de la enfermedad” (Rodríguez, 2004, 245-246).*

En el caso de Rose, el carácter externo de la enfermedad referido a la situación de abusos sexuales durante su infancia por personas de su mismo entorno familiar, así como los constantes episodios de violencia doméstica en sus distintas uniones sexuales, adquieren una dimensión muy significativa. En todas las sesiones, está presente la mención de estas situaciones traumáticas y existe el reconocimiento expreso por parte de ella como posibles factores perturbadores de su salud. A su vez, la fuerte carga emotiva que evidencia al hablar sobre estos temas refleja, sin lugar a dudas, el papel cardinal que estos eventos han tenido en el surgimiento de su trastorno y en las posteriores recaídas. A su vez, algunos doctores que la han tratado convalidan esta percepción.

**A manera de conclusión, cuando se analiza el relato de vida de Rose como expresión de ese *saber sometido* en lo que concierne a su malestar se localizan dos marcas-guías que difieren significativamente con lo planteado por el *saber poderoso* de la psiquiatría expresada en los DSM: la imposibilidad de una definición precisa de su sintomatología que lleva a la comorbilidad (que contrasta con la morbilidad específica de las enfermedades médicas), y el carácter externo y multi-variable de su etiología que contrasta con el concepto de enfermedad.**

### **Rose y su relación con los médicos**

Al analizar el discurso de Rose en referencia a este tópico, se puede identificar en un primer momento un hecho significativo que puede considerarse como **una marca-guía**: El paciente mental reconoce en sus médi-

cos tratantes una alta capacidad profesional, ética y humana. El carácter de “eminencia”, la realización de diversos postgrados y conferencias hechos en el exterior, etc., ratifican esta afirmación. A pesar de tener algunas desavenencias o estar en desacuerdo con algunas acciones de sus médicos, estos pacientes las justifican porque las consideran necesarias para su curación. A su vez, durante la estadía en la institución psiquiátrica se le reconoce el papel protector de los médicos ante los atropellos del resto del personal. En este sentido, el psiquiatra representa una simbología positiva principalmente por dos razones: por ser el portador de una racionalidad científico-técnica o saber especializado, y por el papel de autoridad en el ambiente psiquiátrico.

*“(pausa media) no molesté al doctor R; sino que fui a la semana, esa vez fue a la semana y... no estaba en congreso, él lo que hace son congresos ennn... fuera de Venezuela yy... yy... él me vio perfecta, me vio perfecta; incluso me, me dijo que tenía buena piel, me agarró por los hombros, me apretó los brazos (tono de voz calmado) y me dijo: -tienes muy buena piel, cuídate mucho ee... me dijo: -Señora Rose, cuando yo la vi a usted en ese estado a mí me dio mucha tristeza, me dio mucha, mucha cosita con usted; no se me vaya a volver a poner mal yy... yy... bueno (pausa corta) no lo he vuelto a ver más y él es del que... cuando el paciente está muy mal, él sale de su... consultorio ee... con él, con el paciente detrás del paciente hasta que sale (pausa) hasta que sale; o sea, muy atento, es muy atento... debe ser que tiene mucha educación (pausa) con esos congresos que ha hecho figúrate tú en, en Suiza, en Washington; no digo está bien; muy bien preparado, sabe mucho” (2ª Sesión, Líneas 442-463).*

*“Me sentí muy, muy, muy bien con el doctor V ... con las terapias (pausa corta) de mucho valor o sea... e... tiene mucha sabiduría, muy bien (pausa corta) con sus medicamentos, muy bien con sus regaños cuando le decía algo o le preguntaba algo de su vida privada: que era por encimiiiita así ee... me contestaba: -Sin comentarios (tono tajante) ee...muy cortante el doctor V, pero (pausa corta) él me decía que me quería mucho, lo llamaba por teléfono y en el acto mee... contestaba, me atendía; el doctor V me enseñó a vivir, a vivir porque yo no sabía qué hacer con mi vida: no sabía” (2ª Sesión, Líneas 562-574).*

Como señala Goffman, se establece entre el médico y el paciente mental una *relación de servicio u ocupacional*. Ésta se clasifica en dos tipos: las que atienden directamente al público y las que lo hacen indirectamente. El primer tipo se subdivide a su vez en: aquellos que atienden público, constituido por sucesiones de individuos; o bien, por sucesiones de auditorios. En ambos casos, también se puede presentar como un servicio personal, el cual se constituye en una asistencia deseada por quien la recibe. Así pasa a conceptualizar la *ocupación de servicio personal* como “*aquella en que se presta regularmente un servicio personal especializado a una serie de individuos, con cada uno de los cuales debe entablar una comunicación personal directa, pero sin tener con ellos ninguna otra clase de vinculación*” (Goffman, 2004, 320). El criterio para clasificar este tipo de ocupaciones va a residir en la existencia o no de una competencia racional demostrable que no está al alcance de quienes reciben sus servicios como lo es el saber médico.

El tipo de relación social que aquí se establece es aquel en el cual algunas personas o clientes se ponen en manos de otras o servidores. Los primeros aportan respeto, confianza, gratitud, honorarios; los segundos ofrecen competencia profesional, discreción y reserva con respecto a otros asuntos. De esta manera se configura lo que se denomina *el servicio de reparación*. Este servicio se inicia a través de operaciones mecánicas o manuales de carácter diagnóstico. También puede ser de carácter verbal diferenciando en un aparte técnico (preguntas y respuestas relativas a la reparación), un aparte contractual (costos, duración de la reparación) y un aparte social (gentileza, cordialidad). El servidor toma contacto con el cliente y el objeto que este desea reparar a través de un ciclo de reparación. Dicha reparación se puede realizar en un complejo de taller (que en este caso sería el hospital psiquiátrico), en el cual el servidor dispone de herramientas adecuadas para tal fin y donde el cliente tiene que trasladarse, estableciéndose una serie de ventajas y desventajas.

A pesar de la valoración altamente positiva que el paciente mental le otorga a su médico, surge en el relato de Rose una **segunda marca-guía**: la cuantía de médicos a los que se somete para enfrentar su trastorno. Si bien no se pone en duda la sólida formación en distintas áreas de ninguno de los especialistas, se da una situación constante de variabilidad o de

búsqueda. A diferencia de otras especialidades médicas en las cuales los enfermos se someten a los diagnósticos y tratamientos fijados por un especialista, en este trastorno la constante es la recurrencia a varios expertos de la misma área psiquiátrica a fin de poder dar con lo que a juicio del paciente se considera el mejor diagnóstico y por ende el consecuente tratamiento. Cada uno de los médicos tratantes asume ante el trastorno una forma muy particular para enfrentarlo (bien sea con terapias, con medicamentos, etc.) que se asemeja muy poco a la práctica común del quehacer médico de la observación y análisis de los síntomas. En el caso de Rose, los especialistas en el área de psiquiatría alcanzan la cifra de siete profesionales en un período de tiempo relativamente corto.

Como **tercera marca-guía** en relación con este aspecto se puede señalar que a pesar de valorizar altamente a los distintos médicos que la han tratado, se da una recurrencia a otros agentes sociales, como la actuación de representantes de distintas iglesias, así como santeros. Este hecho podría explicarse, entre otras razones, por cierta inconformidad ante los resultados obtenidos a pesar de los distintos tratamientos científicos a los que se ha sometido así como también al hecho de asignarle un carácter mítico o sobrenatural al origen de su dolencia y por ende la solución debe remitirse a estas instancias no limitándose al saber médico con su consecuente medicina.

*“No, desde que mee... desde que comencé a ir a la iglesia, ee... que eso fue otro, otro de mis casos diríamos umm... otra terapia, eso fue otra terapia estee... cuando comencé ... a estudiar la Biblia y comencé a estudiar por un año e... para que... me... fuera; para que fuera bautizada, ahí aprendí mucho (breve pausa) y cuando me bautizaron ee... sentí cuando me sumergieron y me levantó el pastor y me dijo que estaba viva para el señor sentí algo... la gloria del señor, la alegría del señor la sentí y me sentí otra, y me sentí hija de Dios” (1ª Sesión, Líneas 1087-1097).*

*Enn... en el...1995 (tono de voz acelerado) recuerdo; en el 1995 fui bautizada, ee...mis pastores me atendieron... atendían muy bien cuando... allí no me veían psiquiatras, cuando... mi psiquiatra era el señor Jesucristo... cuando caí en crisis el pastor...yo lo llamaba y él (breve pausa) me oraba por teléfono*

*hasta (pausa corta) el otro día que él se aparecía en mi casa (pausa media) a orarme (2ª Sesión, Líneas 550-558).*

*“El... el (pausa media) un cubano, un cubano moderno porque vivió en Miami (pausa corta) que me trató mucho antes de mi... de mis operaciones, él sabía lo que me estaban haciendo, pero yo no creía y... me (pausa corta) resguardaba, me... me cubría desde su casa para que no me mataran (4ª Sesión, Líneas 730-776).*

*“la quitó... pues, Jesús se desapareció, nunca apareció me lo sacó fue el parapsicólogo ese K, me lo sacó... fue cuando dijo que me cuidaran a las tres de la tarde, que me dieran, me dieran té, me... me abrazaran... ee... me trató ese cubano e... con mucho ee... la primera sesión, la primera consulta fue extravagante, fue algo muy feo... él fue uno de los que me levantó de la cama... este... incluso a él... este... a él se le incorpora ee... la llorona la... aa.... cómo llama... él tiene otro nombre: la llorona, la sayona, la... la mujer de Satanás (pausa media) él... cuando se le incorpora este animal este... dio un giro tan fuerte; porque yo estaba allí (destaca) tan fuerte que por mi sobrino que es pelotero, que es... corpulento, fornido... él lo agarra a tiempo antes que él se golpeará con la pared y se matara. Lo iba a matar... lo iba a matar y él gritó como grita ella, entonces, él dice que allí él me la sacó, porque después me vio otro tipo y me dijo este... –Lo que tenías, ya no te lo veo– Otro tipo, otro tipo de partó que trabaja en una inmobiliaria y me vio y me dijo: –Rose, lo cargabas ya no lo cargas encima. Ee... este... lo del tabaco de la conjuntivitis: eso fue real, la mujer me dijo: –Yo se lo sé sacar mas no se lo voy a sacar porque me muero... del corazón: me da un infarto, lo que usted tiene es muy fuerte me dijo yy... el maestro que me trató una noche para que no me mataran... él orinó sangre... la doctora, la doctora F, a ella la llaman: Gila, ella está... ella está graduada en... en... cómo llaman la especialidad de generi... genérica, genérica creo de cuidar a los ancianos, de sanar a los ancianos.*



*C: Geriátrica.*

*R: Geriátrica, ella tiene ese postgrado y tiene postgrado de dolencias, de dolor eso tiene otro nombre... ella tiene varios postgrados, es una mujer preparada este... me sacó todo lo que te dije, todas las cosas que me sacó en el consultorio y... tuvo una semana en cama orinando sangre y me dijo que no me podía tratar más ee... luego... después de unos años me trato con un sacerdote, el sacerdote me... me... fue a la casa y quemó los santos óleos: en la casa y vio a la mujer cuando... en los santos óleos con el algodón (pausa corta) vio a la mujer y dijo que era una muchacha que me quería ver muerta y vio los materos... todos y me dijo: –En estos materos hay tierra de muertos... saca todo esto de aquí yy... aquí hay algo enterrado en... en esta palma (pausa corta) y agarra la sábila que tienes guindada que la va... y me llevo para la casa de mi hermana, yo me tuve que ir para la Coromoto porque él estaba en la iglesia de San Francisco yy... cuando íbamos vía a la Coromoto paró la camioneta y me dijo: –Desconjurala tú– si yo sé lo que me va a pasar no lo hago y me dijo: –Bueno, gracias padre por haberle dado el poder a esta planta y haber... que recogió tanto mal que había en mi casa, te doy gracias y te bendigo (pausa media) y te alabo, bendigo tu santísimo nombre, amén- y boté la sábila... pues, esa noche quedé inerte; eso fue un sacerdote, eso fue el sacerdote que hizo el exorcismo en la casa de... en las dos casas que están inhabitables en 5 de Julio. Este... él... esa noche yo quedé inerte, cuando yo pude hablar con él le dije que por qué no me había dicho lo que me iba a suceder, que yo no lo hubiese hecho. Me dijo: –Mija, si a mí no me dejaron dormir me iban aa... a producir (pausa corta) un infarto, tuve que ponerme la sotana negra y acostarme frente al santísimo para que no me... me dieran un infarto este... yo estuve muy mal.*

*Y yo le dije: –Yo que no me podía levantar de la cama, era mi pobre madre sobándome con alcohol y orándome; sobándome y orándome y echándome en la nuca el aceite que la doctora me había dado... el aceite que ella bota por las manos, ella me*

*dio un frasquito... cuando yo me echaba ese aceite me dejaban tranquila y podía dormir; y podía comer eso fue... pasé una semana en... en ese tormento, me vieron muchos... muchos espiritistas este... hasta que un día le prometí al Señor no volver a que... que me trabajaran sino que fuera su propia mano, sus propios ángeles que... que guerrearan en contra de... de... del mal que... las ataduras porque son ataduras como me dicen los pastores, son ataduras las que yo tengo... estoy encadenada con esos... esos... principados como dice la Biblia, principados que son los huéspedes de las... de las tinieblas, los... los huéspedes de Satanás” (4ª Sesión, Líneas 744-841).*

## **Rose y su estadía en el hospital psiquiátrico**

En relación con este aspecto, el relato de Rose arroja **tres marcas-guías**: el carácter involuntario del internamiento; la dimensión no terapéutica de la institución; y el desarrollo de relaciones muy estrechas de solidaridad entre los pacientes.

En lo concerniente a la **primera marca-guía** se evidencia el carácter involuntario del confinamiento. Rose señala tajantemente que no iría de nuevo al hospital, aunque para ello se someta a cualquier otro tipo de tratamiento. Las causas de este rechazo: su reclusión con otras personas que para ella están verdaderamente *locas* y que le pueden causar algún tipo de daño.

*“Y... comencé a sentir miedo (pausa larga) ee... de repente me levanté y fui la, él, la habitación que era justamente al cuarto de enfermería y estaba allí ah... ee... había una negra y una... blanca y le dije que... yo no resistía el dolor de la espalda, de la parte lumbar y del vientre que me sentía sumamente mal que por favor mee... inyectaran algo para el dolor y me dijo que me quedara tranquila, que... si no me quedaba tranquila me iba a amarrar (voz que denota desprecio, indiferencia) y le dije: –Si yo estoy aquí para que me quiten el dolor; yo no estoy loca yo... mentalmente no estoy loca, yo no estoy padeciendo de, de, de nervios ni de, ni de temblores no... estoy tranquila, lo que tengo son dolencias.*

C: *¿Eso era en el hospital psiquiátrico?*

R: *Eso fue en el hospital psiquiátrico y me volvieron a repetir: –Vete a acostar porque si no te vamos a amarrar y yo les contesté: –Ustedes a mí no me van a amarrar porque yo no me voy a dejar amarrar porque yo no estoy loca, yo no me voy a dejar manejar este... (voz exaltada) como ustedes manejan a las, a las hospitalizadas aquí (voz más calmada) entonces...” (3ª Sesión, Líneas 34-58).*

*“Si yo estoy para mejorar bajo tratamiento con el doctor R jamás me hospitalizaría en el psiquiátrico (énfasis)... nunca más” (3ª Sesión, Líneas 717-720).*

A este respecto, Szasz realiza un fuerte cuestionamiento y la tipifica como *sanciones penales extralegales*: *“son castigos, controles sociales, torturas, encarcelamientos, envenenamientos, mutilaciones cerebrales. Pero ya que todo tiene lugar bajo auspicios médicos, parece correcto a la mentalidad contemporánea, al igual que las coerciones y brutalidades en nombre de la iglesia parecían correctas a las mentalidades medievales. Entonces la gente creía en la Inquisición. Ahora la gente cree en la Psiquiatría” (Szasz en Basaglia, 2004, 97).*

Basaglia también ha sido uno de los más prolijos y contundentes expositores de este carácter opresor y no terapéutico de estas instituciones. Su trabajo en los manicomios de Gorizia y luego en Trieste dio origen a una crítica y cuestionamiento constante de la institución manicomial a partir del ejercicio de la teoría y de la práctica profesional psiquiátrica al interior de estas mismas instituciones. De hecho, sus planteamientos fundamentaron la elaboración y promulgación en Italia para el 13 de mayo de 1978 de la Ley 180 de Reforma Psiquiátrica denominada *Normas para las inspecciones y los tratamientos sanitarios voluntarios y obligatorios*, que llevó en primer lugar a su humanización y posteriormente a la desaparición de estas instituciones. Para él, es necesario partir de establecer *“la distancia entre la ideología (el hospital es una institución de cura) y la práctica (el hospital es un lugar de segregación y violencia)” (Basaglia, 1977:15).*

En su artículo publicado en *Razón, Locura y Sociedad*, luego de describir cómo es el día típico de un enfermo mental internado concluye que

*“El enfermo mental es, pues, la persona que se encuentra internada en estas instituciones de las cuales hablamos, en estos institutos que sirven no al cuidado sino a la custodia del paciente. Estas son las instituciones que los científicos definen como instituciones que sirven para curar a la persona que tiene trastornos mentales, que tiene trastornos que afectan a su relación con los demás. A esta persona se le encierra en un lugar en el que ciertamente sus trastornos no van a ser curados, y en el que se le hace un nuevo tipo de terapia que consiste en recuperarlo, no ya mediante una ideología de cura sino mediante una ideología de castigo. Es decir, lo que subyace y determina la lógica de estas instituciones cerradas es, justamente, no ya una ideología curativa, terapéutica, sino más bien una ideología punitiva, de castigo”* (Basaglia, 2004: 19).

Tal como lo señalan estas apreciaciones, ese mismo era el carácter de la terapia que se le propuso a Rose mientras se encontraba en el hospital. Actuaciones como el encarcelamiento así como su sujeción por ataduras a la cama representan efectivamente una ideología de castigo, para mejorar su comportamiento y hacerla más manejable, y no de cura para rescatarla de su enfermedad.

La **segunda marca-guía** apunta hacia la dimensión no terapéutica de la institución que se refleja principalmente en tres niveles: la precariedad de las condiciones tanto infraestructurales como de equipamiento; la ausencia de un ambiente propicio para el descanso y el maltrato dado a los pacientes por el personal de apoyo (enfermeras).

Con respecto al primer nivel sobran los comentarios: malas condiciones infraestructurales, escasa dotación de enseres y utensilios, hacinamiento, etc.

*“fui y me acosté, entró Marcelo y entró Adriana y les dije cómo me sentía: terriblemente mal (énfasis + rabia) entonces ellos noo... dejaron en... que yo llevara una colchoneta porque... entonces las demás iban a creer que yo tenía preferencia y que yo era la burguesa entonces umm... le dije a Adriana que me*

*llevara acolchados para colocarle a la cama porque e los yerro de la cama me, me... me rompían, me estremecían* (voz irritada y con énfasis) *las costillas de la espalda, más si me acostaba de lado: igual ee... no tenía almohada en ese momento... me llevaron* (pausa corta) *la almohada, los acolchados y...* (pausa corta) *nada, seguía la molestia*” (3ª Sesión, Líneas 58-73).

*“...fue horrible, fue terrible; fue* (pausa corta) *la hospitalita..., la hospitalización más grave que yo tuve; me tuvo que sacar por laa... muchacha drogadicta que no quería que esa muchacha* (pausa) *me hiciera daño porque yo estaba tan débil quee... umm... él no quería que esa muchacha me hiciera daño; una muchacha jovencita porque esa muchacha era paciente de él y la muchacha trató de darle una cachetada, una bofetada al doctor V y él, le agarró los brazos en... en el aire; entonces dijo: –Nada, esta muchacha me le puede dar... me le puede hacer daño a la señora Rose; mas yo era su malcriada, entonces, hubo un día que él se daría cuenta... digo yo, que le presté los cigarrillos a las seis de la tarde una caja entera y ya a los ocho de la noche no tenía un cigarrillo en la caja y..., entonces se lo reclamé y le dije: –Cómo te me vas a fumar los cigarrillos y ahora en la noche: ¿Qué voy a fumar yo? Si tengo insomnio, entonces... las enfermeras como que le dijeron a él inmediatamente me dio de alta, inmediatamente me dijo: –Señora Rose yo no puedo aceptar de que usted esté al lado de esa muchacha; no puedo porque su enfermedad es diferente a la de ella”* (2º Sesión, Líneas 498-523).

En referencia al segundo nivel, la presencia de animales (palomas) así como el alto volumen de la música distan mucho de ser expresión de las condiciones mínimas que requiere un ambiente hospitalario. El papel principalmente de represores del personal de apoyo, reseñado anteriormente, ante la posibilidad de exigir un buen trato o respeto hacia los pacientes no es nada atractivo para las personas que tienen que enfrentar, además de los problemas propios del trastorno, la actitud intransigente e irreverente del personal que supuestamente debe colaborar en su sanación.

*“En la... en las... en los platones... uy, no, horrible (con tono de rechazo, asquerosidad) ah... otra cosa (como recordando) terrorífica que vi (pausa larga) muy fea Mario (termina la cinta).*

*C: Hay una cosa muy horrible (recordando a la relatora). hay, hay una cosa ho... muy horrible en el... en esa ala... la siete, que era... que cuando nos servían la... comida, cualquiera que fuera, llegaban las palomas y se nos... e... querían comer la comida, pero lo más, lo que más me aturdió... lo que más me dio tristeza fue que allí, abandonaron una viejita, y esa viejita por lo menos que tenía eran 90 y más... o más. Esas palomas se le subían a esa viejita en la cabeza, en los hombros, se le comían en el plato y nadie le soplabla esa... paloma; ni una enfermera, ni nada, o sea, me dio mucha tristeza, me dio mucho, mucho dolor de ver eso, esas palomas allí, tú sabes que eso transmiten la toxoplasmosis” (3ª Sesión, Líneas 511-524).*

*“R: Síii... (como con duda) o sea (pausa media) en consultas: siempre llega el médico tarde (pausa corta)... siempre, enn... en la emer... emergencia que debería de ser grande, el... la habitación es sumamente pequeña. Cuando... tú sabes que llegan esos casos de esas mujeres o... hombres dando gritos (énfasis) que... paran el pelo este... yo siempre me alejo de ir a emergencia... el cubículo muy pequeño y tienen médicos de guardia que es un... estudiante de postgrado, este... ennn... la limpieza regular; la limpieza bueno... regular, menos mal que hay agua en ese sector (pausa corta) o...*

*C: El área donde tú estabas hospitalizada, ¿cómo era?*

*R: Ee... horrible porque estaba... pegaba con la cocina Mario, entonces, e... cuando llenaban los carros que llevan la comida para los pisos hacían unos... ruidos, unos... este ruidos como si fueran de construcción: cuando le están dando de martillazo a un hierro o a un... una madera y entonces yo decía: –Bueno, si aquí estamos e descansando la mente cómo es posible que... este... hagan esa ruidazos (pausa media), o sea, no entendía, no entendía (énfasis). La primera hospitalización, fue que ponían un, un... aparatico con música colombiana y yo decía: –Si*

*estamos aquí para descansar nuestra mente, ¿cómo nos van a colocar esas músicas tan horribles?*

*C: ¿El mismo hospital la colocaba?*

*R: Sí... el mismo hospital, la misma... ala la... la, el... (pausa media) el pasillo siete. Eso... no lo entendía, yo le decía: ¿quiten esa música que atormenta que aturde, entonces... ya en la segunda hospitalización o se dañó o... reclamarían tanto que ya no la... no la colocaban y... e tienen un... como un... como un container que la... las personas regalan ropas (pausa corta) para las que no tienen ropa, para las que abandonan allí; allí hay mucha gente abandonada que no van a buscar (pausa corta)... ” (3ª Sesión, Líneas 426-467).*

*“Y las enfermeras, las enfermeras maltrataban a las muchachas... a la muchacha que limpiaba. La muchacha que limpiaba se hizo amiguita mía se... es más... a ella la... la involucraron en un robo y yo vi todo y vi que ella no había robado nada y... le registraron el bolso y yo, yo fui testigo de que ella no había robado nada porque yo estaba allí y ella, me agradeció mucho, me... me... bueno, me trató muy bien.*

*C: Oye, el trato de las enfermeras para contigo y para con el resto de las otras pacientes.*

*R: Noo... conmigo se ha... después que el doctor V le reclamara me respetaron, pero con el trato a las otras: malísimas. Había una enfermera llamada Iraida que esa sí respeta, muy bonita, muy linda, catira, linda; debe ser por eso que trata bien al... porque e es... hermosa, una mujer bellísima; debe ser que como le sobra belleza...este... vive feliz, porque las otras eran feas (voz despectiva) entonces tienen el porqué estar de mal humor; tratando mal a las...al perso... a las, a las, a los... los hospitalizadas; debe ser por eso que se la pasan en ese tono ee...dando órdenes como si ellas fueran las...las gerentes, las...las propietarias diría yo: las propietarias (3ª Sesión, Líneas 333-358).*

*“Ese es otro caso que... a las... a tal hora, creo que a las doce de la noche ellas se encierran y no le abren la puerta a nadie (voz pausada con énfasis)... a nadie, absolutamente a nadie porque en mi primera hospitalización la... mi compañerita, que era a la que le estaban subiendo la hemoglobina, la que estaban preparando para operarla de... vesícula le dio dolor de cabeza yy... ninguna teníamos calmantes y yo les toqué la puerta a esas mujeres y nunca me abrieron la puerta; nunca, tuvo que esperar las seis de la mañana que ella se levantara para pedirle... para que viera o llamaran al médico que vieran a esa muchacha” (3ª Sesión, Líneas 485-499).*

Con respecto a la **tercera marca-guía**, se menciona el desarrollo de muy estrechas relaciones de solidaridad entre los pacientes. Éstas se establecen como mecanismos de defensa para enfrentar las condiciones traumáticas que genera la estadía en estas instituciones.

*“Florecita, en vez de llamarme Rose... me llamaba Florecita y le decía a las muchachas: –Florecita es muy buena, ella me quiere mucho, ella me da dinero, y me da comida y me da cigarrillo; entonces... me decía: –Florecita, dame un cigarrillo. –Yo te doy Maritza cigarrillos, pero si dejas de tocar esa... ese perol, que me vas a volver loca. –Sí, yo no lo toco más, me decía ella. –Bueno, te doy todos los cigarros... vamos a fumar pues. Entonces yo me sentaba al lado de ella, del lado fuera: me sentaba en el piso y ella en la celda y fumaba con ella; ese fue otro episodio, eso fue otro... (pausa media), otra anécdota (pequeña risa) diría yo... (risa)” (3ª Sesión, Líneas 371-384).*

*“Porque ahí no hay ventilador y los colchones están forrados de cuero, esas pobres mujeres todas se dormían ya tarde cuando refrescaba porque bueno, tú sabes dónde está situado y hay brisa de noche; hay brisa de noche... de noche a veces nos reuníamos a echar chistes las que quedábamos abajo, porque las que quedaban arriba pasaban la noche fatal, fatal y... (pausa larga) y las muchachas eran muy buenas, o sea, no tengo de qué quejarme de...de las... de las hospitalizadas: de mis compañeras” (3ª Sesión, Líneas 617-627).*



Ya Goffman en *Internados* hace referencia a estas situaciones denominándolas *ajustes secundarios*, que consisten en “*cualquier arreglo habitual, que permite al miembro de una organización emplear medios o alcanzar fines no autorizados, o bien hacer ambas cosas, esquivando los supuestos implícitos acerca de lo que debería hacer y alcanzar, y, en última instancia, sobre lo que debería ser*” (Goffman, 1961, 190). Se constituyen, por lo tanto, en vías de carácter informal a través de las cuales los individuos se alejan de lo que las instituciones les pautan. Es importante señalar que para Goffman la demarcación de este tipo de ajustes (en contraposición a los que él también denomina ajustes primarios) es dificultosa además de que su definición ha de ser contextualizada y no generalizada. En este caso, estos arreglos estarían conformados, por ejemplo, en el hecho de compartir un cigarrillo, permanecer conversando hasta altas horas de la noche, caminar y compartir en distintas salas, etc.

### Rose y sus tratamientos

Al considerar este punto se evidencian **tres marcas-guías**: el paciente considera los psicofármacos como el único tratamiento médico para enfrentar su enfermedad; dichos tratamientos no son considerados por los pacientes como sumamente efectivos porque tienen que consumirlos de por vida y solo alivian el padecimiento pero no lo curan; y la recurrencia a otras técnicas de curación de carácter mágico-religioso.

En cuanto a la **primera marca-guía** se puede afirmar que la prescripción de los psicofármacos para el tratamiento de la locura ocupa un lugar dominante en la práctica médica. Read afirma que esta presunción convalida el presupuesto de las teorías biomédicas sobre el origen de esta enfermedad.

A nuestro entender, este carácter de *medicación farmacológica exclusiva del trastorno mental* como única vía para enfrentar estas dolencias se constituye en uno de los aspectos más resaltantes del *saber poderoso psiquiátrico* presente en el discurso del saber sometido. Mientras que existen divergencias en cuanto a la enfermedad, la relación con sus médicos y la contundente visión negativa de los manicomios, esta percepción de curar el trastorno únicamente con fármacos, en detrimento del papel de

otras terapias, se encuentra fuertemente arraigada en el “*saber sometido*”. Otra consideración a este nivel viene dada por el alto costo de estos medicamentos, los cuales se le han hecho inaccesibles en algunas ocasiones a Rose, impidiendo que mantenga regularmente este tipo de tratamientos, situación esta que también se hace extensible a las personas de más bajos recursos, lo que pone de manifiesto el papel de las *Big Pharma*:

*“el psicotrópico que era el Alpraxolan (pausa corta) que ese es el que me calma el... el dolor del maxilar es... es el que me calma el temblor.*

*C: Es decir, que el tratamiento que ahora estás tomando es únicamente psicotrópico y sedante.*

*R: Sedantes y... psicotrópicos el uno es... el uno es... es para los nervios.*

*C: Tú, ¿trajiste allí algunos medicamentos? Podrías... me podrías dar una breve explicación: ¿Cuáles son?, ¿cuántos son?, ¿para qué sirven?, ¿qué efectos tienen?*

*R: Vamos a contarlos el, el...este, el Paxil es maravilloso, es milagroso es como... es milagroso, la fórmula se llama: paroxetil clorhidrato: eso es de 20 miligramo, ee... tranquiliza mucho Mario, tranquiliza mucho tiene... hay otro con ese nombre que está por allí... para recubrirme el estómago siempre lo uso: la Ranitidina... este es el nombre de la fórmula de 300 mg (muestra el medicamento al investigador) este es para recubrir el estómago y no sufrir acidez y do... dolencias porque sí, sí me duele el estómago, sí me duele fuerte... este es el psicotrópico, el tranquilizante: el Alprazolam de 1 miligramo... el laboratorio lo llama Tafil, pero la fórmula se llama: alprazolam y es de 1mg, la tomo la mitad por la mañana y la mitad por la noche como me lo puso el doctor V... emm... te voy a hablar del (se aclara la garganta) Seroquel que esto es para dormir, la fórmula se llama: quetapina ee... de 300 miligramos, es mucho los miligramos para mí y la parto por la mitad... esto me hace dormir, me hace dormir porque antes no descansaba, no dormía y no me descansaba el cerebro y... me... me la pasaba*

*este... muy mal, mal, mal porque pasaba toda la madrugada despierta: fumando, que yo no puedo estar fumando mucho y este es el medicamento que lleva los nervios a su lugar a... los, los estiran porque así me dijo también el doctor J, me dijo las mismas palabras del doctor V y del doctor ...R que es un medicamento para el... que los nervios estén estirados y no estén latiendo, moviéndose umm...ee... molestando los músculos y los órganos, el, el componente se llama: dival (pausa corta) proato sódico... es de 500 miligramos, ahora vino de 500 miligramos. Te ácido valcopri... val...proico o valproico de liberación prolongada. Sí, porque el Valcoter no dura 24 horas más éste, Valcoter, que como le dicen los médicos: Valcoter es acción prolongada; esta es... esta se toma dos veces al día: en el almuerzo y en... y para acostarte esto, este es el que... el que los dos psiquiatras me recetaron que la tomara de por vida. El Sistalcil es un... un calmante para el estómago... no dice cómo se llama, debe ser que se llama sistalcil el componente no tiene... sí tiene, pero está muy pequeño y no lo puedo leer: ese es un calmante para los dolores de colon y de estómago.*

*El Atenolol de 100 miligramos dicen los médicos que es para bajar la tensión y para tranquilizar... ee... bueno, este es el nombre de este medicamento que me da el seguro social Ricnilan este... comercialmente yo lo compro como Bloqueum, pero como este me lo está regalando el seguro social lo aprovecho, lo aprovecho, pero el que yo tomo, el que me... me indica la internista y el doctor V es el Bloqueum... ese es el tratamiento que yo llevo.*

*El que siempre llevo, siempre, siempre... siempre he tomado ha sido el tranquilizante (pausa media) el tranquilizante Tafil, el Serroquel para dormir; el Atenolol que es el Bloqueum o Ritnilan para la tensión y la Ranitidina que es un componente para... para cubrir las paredes del estómago ee... parece al Omeprazol, pero el Omeprazol a mí... también lo tomo mucho, el Omeprazol a mí me calma los dolores mas no me quita la acidez; la acidez me la quita la Ranitidina muy buena, eso es lo que me manda el doctor R, la Ranitidina..." (4ª Sesión, Líneas 854-939).*

El avance de la medicina en distintas ramas durante el siglo XIX había sido importante, a excepción de la psiquiatría. En 1822, Bayle había establecido una vinculación entre la “demencia paralítica” y los daños en el cerebro (posteriormente se descubriría que la causa real era la sífilis) lo que posibilitó afirmar la incidencia de una causa fisiológica para determinados tipos de locura y motivó la investigación para fundamentar otras correlaciones similares.

Los primeros intentos de tratamiento farmacológico de la locura se pueden localizar en los estudios de Emil Kraepelin y Eugen Bleur, considerados los padres de la psiquiatría moderna. Su uso inicial apuntaba más a modificar las conductas inaceptables de los pacientes para hacerlos más manejables (sedantes) que en términos de un tratamiento médico cuyo último fin es la cura de una enfermedad. Medicamentos tales como la nioscina, sulfonal, trienal, veronal, apomorfina etc., son algunos de los primeros fármacos utilizados para cumplir esta función tranquilizadora. Bleur afirmaba ya en 1911 que *“no conocemos ningún método para curar esta enfermedad (la esquizofrenia), ni tan siquiera para detener su progresión (...) no existe un tratamiento farmacológico para la esquizofrenia”* (Bleur citado por Read, 2006, 39).

El primer neuroléptico, denominado Clorpromazina, aparece a principios de la década de los años 50 y es en 1955 cuando recibe la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América para su uso en el caso de la esquizofrenia y de otras llamadas enfermedades mentales a nivel de los hospitales psiquiátricos. En 1956, la Empresa Smith, Klein and French lanza al mercado este neuroléptico bajo el nombre comercial de *Thorazine* y fija una estrategia comercial fundamentada en las relaciones públicas en la cual el papel de los visitantes médicos es esencial.

A partir de este momento, las posteriores introducciones de fármacos en el mercado psiquiátrico se incrementaron progresivamente siguiendo el mismo camino y permitieron reforzar la cuestionable idea de los supuestos beneficios de este tipo de tratamiento y desvalorizaron sus efectos adversos. Todo esto tutelado por las grandes industrias farmacéuticas o *Big Pharma* A partir de los años noventa, surgen los denominados *“antipsicóticos atípicos”* tales como risperidona, olanzapina, sertindol y

quetiapina, cuya motivación fundamental fue la de contrarrestar los cuantiosos y severos efectos adversos generados por la primera oleada de antipsicóticos así como también la falta de eficacia en los tratamientos.

Read indica el papel simbólico que juegan los medicamentos:

*“El hecho de que receten un medicamento refuerza la idea de que sufres alguna enfermedad. Por otra parte, la idea de que los problemas que uno sufre pueden estar relacionados con la propia experiencia vital o con sus circunstancias actuales tiende a desaparecer en cuanto se adopta el mensaje médico que acompaña a las píldoras. Por consiguiente, no son solo la sedación y la reducción de la capacidad intelectual las que impiden pensar en las causas psicológicas y sociales de la psicosis y encontrar soluciones para ellas. El hecho de que a una persona se le receten neurolépticos reduce su motivación, incluso para dedicarse a pensar en ello o emprender cualquier acción” (Read, 2006, 136).*

Esta simbolización va en detrimento de otras terapias alternativas que a pesar de ser vivenciadas y entendidas de gran utilidad para los pacientes sólo se le reconocen como parte del diagnóstico pero no como alternativa posible para su cura.

La **segunda marca-guía** viene dada por el hecho de que Rose considera como efectivos sus tratamientos farmacológicos, a pesar de las constantes recaídas y de sus efectos colaterales.

*“He tenido varios cambios en las medicinas porque el doctor V ee... me colocaba un tipo de tratamiento... ee... si más no recuerdo ee... el Anapramil para la depresión, ee... el Abaxon que está diseñado para que dure 24 horas en el... en el estómago porque él... ellos explican de que cuando... el enfermo metal sufre una desvariación... cuando ellos cambian de personalidad, verdad, es porque el... el antidepresivo y el anti... el psicotrópico, el tranquilizante se (pausa corta) disuelve en el estómago y ya no está en la sangre y el paciente comienza con sus locuras y con sus shows, entonces, ese tra... abaxon que es el apraxolan, ese abraxon está diseñado por los Estados Unidos*

*para que dure 24 horas del día y la persona no se... no se alarme, no se... no se ponga furioso; ¿me entiendes? Este... mmm... me ponía otro medicamento que... Reverón que me caía mal, porque cuando lo tomaba parecía que me estaban arrancando las piernas de... raíz y yo... lo eliminaba y era cuando él me regañaba, no lo tomaba más... yo le decía: –Doctor, yo no voy a tomar una cosa que me haga sufrir- emm... bueno, la pastilla de la tensión emm... y para dormir me... mmm... me... recetó una que no recuerdo, porque ya hace muchos años, ya hacen varios años que me la recetó este... no recuerdo Mario, pero para mañana yo lo busco... esas pastillas me las... me las... me las recetó para que durmiera y dormía... dormía, dormía... al principio ellas... te quiero recalcar esto: al principio el medicamento hace mucho efecto y ya después tú... ellas como que te van soltando cuando ya se van disolviendo más en la sangre o ya se va absorbiendo más, ya tú lo vas este... ya tú lo vas... como te digo yo este... es como superar un problema ves... que ya el... el... la pastilla ya te es más suave... las primeras te caen más fuerte, te caen fuerte, te da: sueño, te da bobera, te da de todo; te ponen dopado (tono pausado), pero ya después tú la resistes y te haces resistentes a ellas... puedes trabajar; ¿ves?, lo único es que no puedes destrasnócharse ni levantarse temprano porque pasas el día borracho, como me sucede a mí que si me trasnocho ee... al otro día estoy toda soñolienta, o sea, con sueño... sueño que lo que quiero es dormir; entonces, los oficios del hogar no me dejan dormir” (4ª Sesión, Líneas 972-1022).*

Read afirma que esta percepción forma parte de lo que se ha denominado los *mitos* de la eficiencia de los psicofármacos. En el capítulo *Los fármacos antipsicóticos: mitos y realidades* pone en entredicho los resultados obtenidos por un conjunto de estudios realizados tanto a los antipsicóticos convencionales (Vaughn y Leff, 1976; Davis, 1980) como los atípicos (Beasley, 1996; Arvantis y Miller, 1997; Leucht, 1999) en los cuales se pretende demostrar las ventajas de estos tipos de tratamientos.

Además de cuestionar la supuesta eficiencia de este tipo de tratamientos también llama la atención sobre los efectos colaterales resultantes de su uso.

En el caso de los antipsicóticos convencionales se destacan efectos secundarios anticolinérgicos (sequedad de la boca, taquicardia, estreñimientos, dificultades urinarias y delirios) como extrapiramidales (acatisia, temblores, rigidez, distonía, crisis oculógiras y discinesia tardía). Con respecto a los antipsicóticos atípicos, cuyo rasgo más resaltante es que tienen menos efectos adversos, sus principales secuelas serían la agranulocitosis, un riesgo más elevado de intolerancia a la glucosa y la diabetes, obesidad, disfunción sexual, etc.

Rose ha relatado en diferentes sesiones cómo ha sufrido en carne propia muchos de los efectos colaterales aquí referidos. Por otra parte, el hecho de las constantes recaídas le ha hecho pensar inclusive en la muerte. A pesar de este hecho, ella actualmente continúa tratándose únicamente con fármacos como el seroquel, alprazolam, etc. El haber logrado superar en momentos anteriores las crisis que atravesaba así como la posibilidad futura de una cura definitiva de su trastorno que le ofrece la versión médica afianza la cuestionada idea de la eficacia de estos tipos de tratamientos. Rodríguez hace referencia a este aspecto entre una de las conclusiones de su estudio: *“absolutamente todos los sujetos investigados, unos en mayor medida que los otros, simbolizan a la Medicina como el ‘Paradigma de la redención social’ que actuando sobre la base de un imaginario salvacionista, impide que el sujeto caiga en ‘las profundidades del abismo’ de la locura”* (Rodríguez, 2004, 246).

Read, por otra parte, argumenta con respecto a los psicofármacos que *“a pesar de que algunos pacientes puedan experimentar claros beneficios, un análisis general objetivo de la relación costes-beneficio probablemente resultaría negativo o como mucho daría un resultado equitativo, si los efectos secundarios, las interacciones entre fármacos, las muertes, los efectos de los anticolinérgicos prescritos simultáneamente y las consecuencias psicosociales se valoraran con precisión”* (Read, 2006, 136).

Con respecto a la **tercera marca-guía**, como lo es la recurrencia a otras técnicas de curación de carácter mágico-religioso, está en correspondencia con lo planteado en el aparte referido a la Enfermedad, específicamente con su etiología. Si la causa no es orgánica sino que es producto de un maleficio o hechicería, la cura debe estar en correspondencia con esta situación por lo cual se debe recurrir a estas técnicas mágico-religiosas. Esto también se encuentra emparentado con la marca-guía anterior ya que

al no haber logrado sanar la enfermedad de manera definitiva por vías “científicas”, se da pie a la necesidad de recurrir a otras instancias para lograr alcanzar la cura. Es importante señalar a su vez que entre estos tratamientos no se establecen, a nivel de pacientes, relaciones de contradicción sino de complementariedad, lo que posibilita su coexistencia.

*“...me retomó la iglesia, fue cuando... ee... hice una promesa con el pastor y un pacto que... no me llevara... las cosas malas que menciona la Biblia, sino que me llevara él con sus ángeles que así yo aceptaba el traslado pues, porque como dice la Bi, la Bi, Biblia que: “pasamos de vida a vida” o sea, pasamos en victoria, invictos; de vida a vida, entonces, yo me aferraba mucho a ese salmo y me aferraba mucho a esa palabra que el pastor me había dado, me aprendí el salmo; me aprendí el salmo 23 de memoria, leo mucho el salmo 91 y él me trató mucho, se arrodilló, hizo el pacto y enseguida comencé... es un milagro, lo mío; enseguida comencé a caminar y enseguida comencé a ir a la iglesia, pero cuando comencé a ir a la iglesia lo que te mencioné antes, quedaba: sorda, ciega, muda y ciega; entonces tenían que orarme en toda la puerta de la iglesia para que yo pudiera entrar y eso sí, entraba temblando como si estuviera en el páramo, temblando; temblando yy... no se me quitaba, llegaba a la casa igual, pero... no tomaba el fármaco, no había llegado a las manos del psiquiatra, no me había dado aquella crisis con deshidratación ee... tomaba era manzanilla y tilo, y con eso yo medio me tranquilizaba. Estuve bastante mal, pero el señor me ayudó mucho, ee... tuve una... una manifestación, estuvo un hermano de la iglesia quien fue el que fundó la iglesia Betel que... ya estaba para morir, tenía una aneurisma in... inoperable, en un sitio inoperable y... y fue a decirme que había tenido una manifestación con el señor, que el señor le había hablado acerca de mí y me... y me... me enviaba un mensaje: que por favor, no hiciera lo que tenía pensado; lo que tenía pensado era que me iba a ahorcar, yo tenía un cable de esos cables de luz... escondido detrás de la lavadora para ahorcarme, de hecho, una vez lo fui a hacer yy... y mi hija y mi... la prima*



*de ellas me, me ayudó, me agarró y no me dejaron, y Segundo me dijo: –Él, te va a sanar; me lo dijo, te va a libertar de ese demonio que tienes encima, él te lo va a quitar, pero el tiempo del señor no es el tiempo nuestro; la Biblia lo dice... tienes que esperar su tiempo, no es cuando tú dices; es cuando él dice por lo tanto, tienes que tener mucha paciencia, seguirlo yy... seguir congregándote ee... y, estar siempre en los pasos de él; e... llevando... estudiando la Biblia porque la Biblia tiene muchísimo que aprender: mucho” (4ª Sesión, Líneas 342-395).*

### Rose y su propia valoración

Al considerar el conjunto de las sesiones de entrevistas realizadas, este aspecto se constituye en el más resaltante de todas éstas, tanto cuantitativamente como cualitativamente. El hecho de ser la sesión más extendida en cuanto a tiempo se refiere, ya es denotativa de la importancia que tiene para Rose. Además, la pasión, el ímpetu, la alegría y las ganas de vivir con la cual se transmite este relato son impresionantes. Ese hecho evidencia otra **marca-guía**: la apreciación altamente positiva de sí misma. Rose cuenta con marcado énfasis las satisfacciones vividas durante su infancia y parte de su adolescencia. En contraposición, también hace referencia a las situaciones traumáticas por las cuales tuvo que pasar que van, desde el abuso sexual por parte de uno de sus hermanos hasta los vejámenes que vivió durante su primer matrimonio y posterior divorcio.

*“para mí la vida es...tiene que ser felicidad, la vida tiene que ser alegría, tiene que ser amor tiene que haber un amor, tiene que haber un hombre: una pareja, que te diga, que te... que te cante, que te diga poemas (pausa media) ¿Me entiendes? Que salga contigo, con los amigos... no es una pareja para una cama y chao... ba, bai... no... no...no. Una pareja que te... penetre e... o sea, que se compenetre con tu vida, con tu... relación, con tus reacciones, con tu felicidad (énfasis). Bueno, y... y este... después de... de tantas cosas Mario, he querido vivir y he sido feliz” (5ª Sesión, Líneas 267-278).*

*“Sí, em... me siento alegre, este... con ganas de volver a ser lo de antes como todos me... me aconsejaron que vuelva a ser la*

*mujer de antes este... ya estoy planificando reunirnos en... la casa o en otras casas para conversar, bailar, cantar... ummm... hasta con los músicos: mis primos este... si no hay músicos no importa e... está el equipo para bailar, pero que todos estemos en... aa... amistad entrañables y familia. Es muy importante la familia, es más importante...claro, la familia aunque hay amigos que se quieren como familia ¿verdad? (ríe) yo soy así: soy muy querendona. Este... ee... y me siento bastante... optimista, quiero... quiero hacer algo Mario yy... y le digo a Marcelo que me busque para hacer un... vender algo, montar un negocio en la casa, alquilar... la sala de mi casa no se usa para nada porque entramos por la parte de la cocina y nunca... nunca entramos en la sala, entonces... mi primo me sugirió que... cerrara eso y alquilara la sala para una peluquería ¿ves? No sé... no sé... una pequeña butí, hasta vender... quiero hacer umm... poner un aviso en la casa: se venden quesillos por pedido y por porciones (en tono inquietante)” (5ª Sesión, Líneas 1013-1037).*

Hoy en día, aun así con este pasado tan negativo, Rose no ha perdido sus ansias por seguir viviendo. De hecho se considera una persona joven, se ha vuelto a enamorar, quiere montar un negocio, etc. Para ella el hecho de salir de su enfermedad no es un hecho inalcanzable, pero aun bajo esta condición asume como posible ser una persona con muchas habilidades y disposición para salir adelante.

Otro aspecto significativo al respecto y que llama poderosamente la atención lo constituye su cambio de nombre. A nuestro entender, esta situación surge como mecanismo parcial para diferenciar y ocultar su tragedia. Mantiene su nombre para rescatar las vivencias positivas que ha tenido en su vida, pero lo lleva a otro idioma para tratar de anular la carga negativa del trastorno. La enferma, triste y desconsolada es otra persona; la saludable, alegre y con ganas de vivir es Rose. Este enmascaramiento evidencia una forma muy particular para encubrir los constantes episodios de abuso sexual y de violencia doméstica que sufrió en su vida, así como también para enfrentar el estigma que socialmente ella recibe en algunos espacios sociales, inclusive familiares. Rose conversó conmigo. Las duras vivencias acabaron con la persona anterior a Rose, no se le quiere mencionar. Este hecho se considerará como otra marca-guía.

*“ya habían pasado 12 años de sufrimiento... esos 12 años yo no los... no los e...sumaba a mi edad y cuando cumplía años decía: Tengo tantos años, o sea, me restaba 12 años y la gente me... me criticaba y me echaba bromas y... no, porque esos días de sufrimiento, yo no los pongo (pausa corta) no los he vivido” (5ª Sesión, Líneas 259-266).*

*“allí empezaron mis temores... mis temores, ahora no los tengo...soy una... que hasta el nombre me he cambiado, me encanta que me llamen Rose, porque me encanta el inglés, porque me encantan los Estados Unidos, quisiera vivir en los Estados Unidos este...” (5ª Sesión, Líneas 1129-1133).*

## **Rose y la percepción familiar**

Al evaluar las apreciaciones dadas por Rose con respecto a la percepción que su familia tiene sobre ella, se evidencia una primera **marca-guía** que Goffman denomina *estigma*. Según Goffman, *“un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo (...) un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto”* (Goffman, 2003, 14-15). El rasgo desacreditador al que hace referencia este autor en el caso de Rose lo constituye su trastorno mental o *defectos del carácter del individuo*. En el mismo grupo familiar coexisten con Rose un grupo de personas conformadas por sus dos hijas y su actual acompañante que en algunas ocasiones desempeñan el papel de *reforzadores* del estigma, actuación que poco ayuda para la superación del trastorno en virtud del status que poseen en su familia.

Al respecto, señala el mismo autor que este atributo convierte a las personas que sufren el mismo padecimiento de Rose en *desacreditables*, en contraposición al desacreditado, ya que su diferencia no aparece de manera inmediata o no se tiene conocimiento previo. Para Rose, la fecha de aparición de este atributo desacreditador es 1992. También en Rose se

logra detectar el rasgo central que caracteriza al estigmatizado como lo es la búsqueda constante de su *aceptación*: el hecho de tratar de mantener su casa limpia, el jardín arreglado, su constante vida social, sus deseos de emprender un negocio, así como también el hecho de asistir a médicos constituyen esfuerzos constantes de su parte para alcanzar ese nivel de aprobación.

“C: ¿Cómo te ven tus hijas?

R: Ahí voy. *Que cuando... me tomé eso este... dijeron: que nada, que yo me iba a morir y que yo estaba loca (pausa larga) porque rechacé el tratamiento. Viene la parte de la otra hija, la otra hija me... me... reclama muchas cosas y a veces me dice: -¡Mami, estáis loca! Que esto, que lo otro ¿ves? Este... y a veces... como ayer, me maltrata yy...*” (6ª Sesión, Líneas 164-172).

C: *Y tu actual pareja ¿cómo te ve con respecto a la situación de tu enfermedad?*

R: *Este... ja, ja, ja (ríe) él me dice... él la otra vez me dijo que yo era una enferma mental y le dije: -Sí, sí soy, pero yo te considero más enfermo a ti que yo. Sí, sí porque sí. Sí... mi cerebro me envía... me envía (pausa media) ee... emmm... este... ondas o mensajes para mis músculos y mis órganos como dicen los médicos estoy enferma de... del cerebro, de los nervios... sí sufro de los nervios, pero por lo menos trato de leer, de...de... de asesorarme*” (6ª Sesión, Líneas 256-267).

A su vez, Rose tiene a su alrededor un conjunto de *sabios* que devienen de su grupo familiar más cercano, conformado por sus dos yernos, un hijo y su nuera y la nieta mayor, es decir, “*personas normales cuya situación especial las lleva a estar íntimamente informadas acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados y a simpatizar con ellos, y que gozan, al mismo tiempo, de cierto grado de aceptación y de cortés pertenencia al clan. Las personas sabias son los hombres marginales ante quienes el individuo que tiene un defecto no necesita avergonzarse ni ejercer un autocontrol, porque sabe que a pesar de su imperfección será considerado como una persona corriente*” (Goffman, 2003, 41).

La existencia de este tipo de personas indudablemente que juegan un papel altamente positivo para Rose ya que valoran su persona. Por estas razones, a los efectos de este análisis, su presencia se considerará como otra marca-guía.

*“C: Mira, y ¿cómo te ven tus actuales amigas?”*

*R: (pausa corta) Chévere, o sea, me invitan a bonchar; me invitan a bonchar y me llaman, me pasan mensajes, me... este... no me ven como una enferma mental, no me ven, para nada, ni me nombran los nervios...ni me los nombran, ni... ni...creen que yo estoy enferma de nervios...son (pausa corta) chévere, todas son chéveres, hay dos... hay una casada, hay una que nunca se casó...que es muy inteligente, que es... catecúmena este... ella me ayuda mucho este... muy inteligente, e... hay una que está... que tuvo un hijo, que estuvo casada y ahora está viuda, pero bueno, antes de que... antes de que enviudara: ya estaba separada del hombre; del señor; del esposo...ella me ayuda mucho, es muy inteligente...” (6ª Sesión, Líneas 307-323).*

En síntesis, muchas de las personas que conforman el núcleo familiar estigmatizan a las personas que sufren esta perturbación. Rose lo percibe así y por ello no quiso hablar mucho sobre este tema. De hecho, como se señaló anteriormente, esta sesión fue la más corta de todas las realizadas. Esto contrasta con la fuerte visión positivista que tiene de su vida. Tal como señala Goffman *“el estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo”* (Goffman, 2003, 13). Desde esta perspectiva, lo perjudicial no es tanto el trastorno que Rose padece en sí, sino la valoración negativa que le hacen personas del grupo de su entorno más cercano que se definen como normales.

*“Mi yerna, sí... es como mi hija porque esa era la que me abrazaba cuando yo estaba... estaba que no podía caminar y lloraba y lloraba y era la que me secaba las lágrimas, la que*

*me abrazaba: ¡jella! Mis hijas se ponían amarrillas del susto (pausa corta) cuando me veían en crisis. Adriana era una de que cuando yo estaba...*

*C: Adriana, ¿es una de tus hijas?*

*R: Adriana es la mayor: la esposa de Javier... que... me hospitalizaron allá en su casa con... el tratamiento, el último tratamiento del doctor R, ee... Javier, entraba y me decía: -¿Cómo amaneciste Rose? – Mal, Javier, estoy grave y... se iba a trabajar...emm... porque casi no dormía. Adriana cuando me iba a servir el desayuno, me decía: -Mami, ¿cómo amaneciste? -¡Horrible! le decía yo, ¡horrible! me voy a morir Adriana y salía corriendo, me dejaba el desayuno y salía corriendo (pausa mediana). Yo... este... ella nunca me hizo compañía en... en la habitación: jamás... jamás. Arian: mi nieta y Alejandro: mi nieto y... y Javier, pero ella jamás. Pues yo no podía irme para donde estaba ella con sus amigas y cuando... ella tiene una costumbre que de noche se pone a conversar con Javier y yo siempre cuando estoy allá, participo de esa conversación ¿no? (6ª Sesión, Líneas 87-115).*

Luego de haber analizado todas las sesiones de entrevistas con base en el conjunto de las categorías y sus respectivas marcas-guías, se pueden esquematizar los resultados obtenidos de la siguiente manera (ver Cuadro N° 14).

Por otro lado, profundizando un poco más en el estudio de lo relatado, se pueden identificar al interior del saber dominado de Rose cuáles son las categorías más recurrentes durante todas las sesiones de entrevista, sin importar si era ese el momento en el cual se discutía sobre ella (ver Cuadro N° 15).

Entre los aspectos más recurrentes, como se puede evidenciar, sobresalen los referidos a su comprensión de la enfermedad, los médicos que la han atendido y su permanencia en el hospital psiquiátrico. Este hecho evidencia la hegemonía que sobre el saber dominado de Rose ejerce la versión médica del trastorno. En este sentido, no se puede hablar de los saberes sometidos como saberes puros, no contaminados, sino que producto del ejercicio de las relaciones de poder a nivel de los saberes, se logra impactar y trastocar su configuración a fin de considerar *normal* la presencia de dominios del saber poderoso en ese saber dominado y conjugarse como un todo.

**CUADRO N° 14.**  
**CATEGORÍAS Y MARCAS - GUÍA.**  
**RELATO DE VIDA DE ROSE**

CATEGORÍAS	MARCAS-GUÍAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASPECTOS RELATIVOS A SU ENFERMEDAD: ENFERMEDAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMORBILIDAD.</li> <li>• CARÁCTER EXTERNO Y MULTIVARIABLE.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RELACIÓN CON SUS MÉDICOS: MÉDICOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROFESIONALISMO.</li> <li>• CUANTÍA DE MÉDICOS.</li> <li>• OTROS AGENTES SOCIALES.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VALORACIÓN DE SU ESTADÍA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INVOLUNTARIO.</li> <li>• DIMENSIÓN NO TERAPÉUTICA.</li> <li>• SOLIDARIDAD.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TIPOS Y EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS A LOS QUE HA SIDO SOMETIDA: TRATAMIENTOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDICACIÓN EXCLUSIVAMENTE FARMACOLÓGICA.</li> <li>• BAJA EFECTIVIDAD.</li> <li>• OTRAS TÉCNICAS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VALORACIÓN DE SÍ MISMO: VALORACIÓN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACTITUD POSITIVA.</li> <li>• ENMASCARAMIENTO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN FAMILIAR: PERCEPCIÓN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESTIGMA.</li> <li>• PERSONAS SABIAS</li> </ul>

FUENTE: Elaboración propia.

**CUADRO N° 15.**  
**RECURRENCIA DE MARCAS-GUÍAS POR CATEGORÍAS**  
**RELATO DE VIDA DE ROSE.**

	DIMENSIONES DE MARCAS-GUÍAS															
CATEGORÍAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
ENFERMEDAD	11	11	1	3	7	1	1	-	1	2	4	1	-	-	4	47
MÉDICOS	2	5	12	6	2	-	2	-	5	6	1	1	-	4	1	47
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	3	2	4	1	-	4	14	8	3	4	1	-	-	1	1	46
TRATAMIENTOS	3	10	3	2	4	-	1	-	4	8	1	3	-	2	-	41
VALORACIÓN	2	10	3	2	1	-	-	-	-	2	-	10	2	-	7	39
PERCEPCIÓN	-	4	-	-	1	-	-	-	1	2	-	6	1	7	7	29
TOTAL	21	42	23	14	15	5	18	8	14	24	7	21	3	14	20	249

FUENTE: Elaboración propia.

**MARCAS-GUÍAS:**

- |  |   |
|--|---|
| 1.- COMORBILIDAD.                        | 8.- SOLIDARIDAD.                                  |
| 2.- CARÁCTER EXTERNO<br>Y MULTIVARIABLE. | 9.- MEDICACIÓN EXCLUSIVA-<br>MENTE FARMACOLÓGICA. |
| 3.- PROFESIONALISMO.                     | 10.- BAJA EFECTIVIDAD.                            |
| 4.- CUANTÍA DE MÉDICOS.                  | 11.- OTRAS TÉCNICAS.                              |
| 5.- OTROS AGENTES SOCIA-<br>LES.         | 12.- ACTITUD POSITIVA.                            |
| 6.- INVOLUNTARIO.                        | 13.- ENMASCARAMIENTO.                             |
| 7.- DIMENSIÓN NO<br>TERAPÉUTICA.         | 14.- ESTIGMA.                                     |
|  | 15.- PERSONAS SABIAS.                             |

**Al procesar de manera global todo el conjunto de categorías y sus respectivas marcas-guías se puede llegar a las siguientes conclusiones:**

1.- Considera que las causas de su trastorno están relacionadas a una amplia gama de variables, la mayoría de ellas de carácter no orgánico.



Cuando hace referencia a esta condición orgánica como una de las posibles causantes las localiza en distintas partes de su cuerpo. Es importante señalar que para Rose el abuso sexual infantil y la constante violencia doméstica destacan como los principales causantes de su trastorno. Esto contrasta significativamente con la versión médica que representa el saber dominante de la psiquiatría y que caracteriza esta enfermedad “como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (DSM-IV).

2.- Considera que los distintos tratamientos médicos basados en la medicación exclusivamente farmacológica a los que ha sido sometida son de baja efectividad ya que hasta los momentos todavía no ha sido curada y son muy frecuentes sus recaídas. Además, también es importante considerar el alto costo de estos medicamentos así como su relación coste-beneficios para el paciente con respecto a las posibles consecuencias o efectos colaterales por su uso.

3.- A pesar de la baja efectividad de los tratamientos, considera que los distintos médicos que la han atendido son muy profesionales, con una alta competencia científica, humana y ética.

4.- Considera que su trastorno no presenta una sintomatología específica (comorbilidad), lo que la diferencia de otras enfermedades.

5.- A pesar de todas estas contingencias, Rose es portadora de una actitud muy positiva ante la vida, asume que todavía tiene muchas cosas por hacer y que a pesar de todo continuará adelante no solo con sus proyectos laborales sino también afectivos.

6.- Para emprender esta tarea de superación, afirma contar con un grupo importante de personas que comprenden su trastorno y la apoyan para seguir adelante.

7.- No acepta volver a ser internada en un hospital psiquiátrico ya que las malas condiciones infraestructurales, la escasa dotación de suministros y materiales así como el bajo desempeño del personal de apoyo en vez de procurar la mejora del enfermo atentan contra su salud.

8.- El único tratamiento “científico” que reconoce es la medicación exclusivamente farmacológica, desconociendo el papel que puedan cum-

plir otros tipos de tratamientos como, por ejemplo, las terapias. A su vez, argumenta las dificultades que presenta para mantener su continuidad por sus altos costos.

9.- En procura de curar su enfermedad, Rose ha recurrido a diversos médicos y a otros agentes sociales como curanderos, parapsicólogos.

10.- Existen personas muy cercanas a Rose que en vez de facilitar su proceso de curación lo entorpecen ya que la estigmatizan y la descalifican por considerarla una “loca”.

11.- En vista de los resultados poco alentadores que ha obtenido por los tratamientos médicos a que ha sido sometida, Rose ha recurrido a otras técnicas de sanación en las cuales predominan ritos y ceremonias religiosas.

12.- El único aspecto que considera positivo del hospital psiquiátrico es el conjunto de relaciones de solidaridad que se establecen entre los pacientes no solo para enfrentar las adversidades de su enfermedad sino también los embates del internamiento.

13.- Rechaza el carácter involuntario del internamiento, del confinamiento en cárceles o el amarre a camas en hospitales psiquiátricos.

14.- Rose no está enferma. Está enferma la otra. Rose está enmascarada. Es en esta dimensión cuando ella recupera lo perdido.

**Luego de haber deconstruido el relato de vida de Rose con respecto a su trastorno mental se pueden establecer las más resaltantes coordenadas genealógicas del saber poderoso de la psiquiatría que se han entronizado en los saberes dominados del orden psiquiátrico en Venezuela:**

a.- Papel dominante del médico.- Este planteamiento que ya ha sido duramente cuestionado desde la segunda mitad del siglo pasado aún se encuentra incólume en el orden psiquiátrico venezolano. A pesar de la pasantía de Basaglia por Venezuela, de la existencia de algunas experiencias institucionales reivindicativas del paciente, etc., siempre se impone la voluntad del médico la cual se encuentra ajustada a lo prescrito en los manuales.

b.- Papel pasivo del paciente.- Como consecuencia lógica de lo anterior, el paciente queda reducido a un ser disminuido en todas sus capacidades, en la cual su trastorno no lo deja decidir, a pesar de la opinión que tenga en aspectos tales como constante queja de los efectos colaterales de los tratamientos, de cómo ellos vivencian su locura, etc.

c.- Hegemonía del hospital psiquiátrico.- El hospital se constituye en la piedra angular de todo el orden psiquiátrico. A pesar de las críticas contundentes realizadas desde diversos ángulos (como por ejemplo su fundamentación en cuanto institución total, sus deficiencias en cuanto a la prestación del servicio, etc.) y por distintos actores sociales, todavía no se visualiza una salida distinta en términos institucionales. De hecho, en todas las propuestas legislativas en discusión hoy en día se mantiene de manera incuestionable el papel hegemónico, casi exclusivo, de esta estructura. Además, desde la perspectiva de la sociedad civil se han generado propuestas cuya orientación esencial es cuestionar y promocionar el desplazamiento de ese centro de gravedad hacia otras formas de atención.

d.- Concepción prioritariamente orgánica del trastorno.- A pesar de poderle asignar a distintas causas el origen de un trastorno, que van desde acciones mágico-religiosas a situaciones traumáticas, como por ejemplo la pérdida de un ser querido, la visión de un desequilibrio orgánico se hace predominante e incluso se le impone al paciente.

e.- Predominio del tratamiento farmacológico.- Como corolario de lo anterior, se hace determinante la necesidad del consumo de medicamentos. A pesar de que se reconocen las limitaciones en términos curativos de todos los antipsicóticos así como también el amplio espectro de sus efectos colaterales, de la necesidad de incorporar a la familia y a otras personas en el proceso de su recuperación, esto solo será posible en la medida en que cumpla a cabalidad con la prescripción médica.

f.- Visión estigmatizante del trastorno.- Aun en el caso de ser considerada una enfermedad, a diferencia de otras, socialmente está caracterizada de manera negativa y degradante. Ante ello, unos pacientes optan por el silencio, otros por la humillación, otros por enmascararse. Lo más preocupante es que esta percepción se da, en primera instancia, en el círculo más íntimo del paciente y luego se traslada al todo social, con todo lo que esto significa y que atenta contra el proceso mismo de recuperación y reinserción social.

## CONCLUSIONES

Robert Castel afirmó que la Psiquiatría es una cosa demasiado seria para dejarla únicamente en manos de los psiquiatras. Afirmación incuestionable que se constituyó en una de las principales orientaciones que le sirvió de norte a esta investigación, y que se redimensiona si la intención es tratar de construir la Genealogía del Orden Psiquiátrico en Venezuela. **Se puede hablar de un primer período genealógico denominado de *Divinización de la locura*, diferenciada en dos niveles.**

Un primer nivel, o de Deificación de la Locura, en la cual conforme a su propio devenir histórico, los grupos aborígenes crean sus propios entes supremos sobrenaturales (Amalivaca, Tamoryayo, Guaygerri, Kuwai y Maleiwa) así como sus distintas formas de actuación y adoración responsables de todos los sucesos benignos y/o malignos que les acontecieran, entre ellos, la locura. En este contexto, la locura no era más que una de las formas de expresar el castigo de estos dioses por la realización de un hecho considerado un sacrilegio. En función del origen extraterrenal de este mal y por ser una enfermedad que no era de la carne, se implementó un tratamiento a través de la acción de los shamanes o médicos hechiceros que, dotados de cualidades especiales, eran capaces de desafiar y expulsar esas fuerzas misteriosas. Además de esos dones particulares, estos shamanes se instruían en el uso de una práctica especializada así como en el conocimiento de las propiedades medicinales de algunas especies de origen animal o vegetal. Finalmente, el cuidado de las personas *poseídas* se le encomendaba a sus familiares y/o a la tribu, quedando el destierro solamente en casos excepcionales.

Un segundo nivel, o de Cristianización de la Locura, se inicia con la llegada a América por parte de potencias europeas, lo que significó un proceso de imposición de la concepción europocéntrica del mundo, en la cual ocupaba un lugar predominante el pensamiento religioso representado en la Iglesia Católica. Ahora, si bien los dominios de la locura siguen concebidos bajo la potestad de entidades sobrenaturales, ya no va a ser del imperio de las deidades aborígenes, sino de un nuevo ser maligno: Lucifer, enemigo de Dios, Creador Todopoderoso y fundamento espiritual de la fe católica.

**Luego con el proceso de Independencia y gracias a la influencia del Racionalismo y del Positivismo, se da un segundo período genealógico que se puede denominar de *Secularización de la locura* y en el cual se pueden diferenciar tres niveles.**

Un primer nivel, denominado de Positivización de la Locura, que se inicia a principios del siglo XIX en Venezuela y se expresa en un conjunto de cambios que tienden a eliminar el fuerte influjo del pensamiento religioso en diversos aspectos del todo social. En comparación con otras normativas jurídicas alienistas, como la promulgada en Francia en la ley del 30 de junio de 1830, se pueden identificar elementos comunes, pero se da una característica muy particular y que caracteriza la especificidad de este segundo momento. La ley de junio de 1830 promulgada en Francia fue la consecuencia final de un proceso que se originó en una práctica profesional médica desarrollada por Philippe Pinel en el ámbito hospitalario a partir de un *tratamiento moral*, mientras que **en el caso de Venezuela para el momento en que se decretan las primeras medidas jurídicas a favor de la locura el desarrollo en el campo de la medicina en general era poco significativo y en el ámbito de la psiquiatría casi inexistente lo que no posibilitó que sirvieran de soporte y fundamento teórico a tales actuaciones.** En otras palabras, en Francia la medicalización de la locura desembocó en una normativa jurídica que reguló ese ámbito. **En el caso de Venezuela se instauró ese régimen de tutela (legal), primero curatela, luego interdicción e inhabilitación, bajo los límites de un saber médico generalizado y ante la ausencia de un conocimiento especializado sobre la locura en sus dimensiones nosológica (referida a una práctica médica), institucional (existencia del asilo) y terapéutica (definición de un tratamiento).** En Francia se medicalizó la locura y con base en estos preceptos posteriormente se le dio asidero jurídico. En Venezuela, ante la ausencia del conocimiento médico especializado, primero se legisló sobre la locura estableciendo su régimen de tutela, bajo el imperio del saber médico generalizado. En este nuevo saber poderoso, por lo tanto, se seculariza la locura y se establece un régimen de tutela para este tipo de enfermos aun sin la presencia de la dimensión médica especializada, lo que lo diferencia sustantivamente del caso francés.

Posteriormente surge un segundo nivel, o de Medicalización de la Locura, en el cual el componente médico se entroniza como saber dominante

con respecto a la locura y que se expresa en las nuevas regulaciones jurídicas alienistas así como también en el manejo y control de las nacientes instituciones sociales creadas por el Estado a fin de enfrentar esta problemática.

En 1874, Guzmán Blanco decretó la creación de la Casa de Beneficencia en Caracas, la cual funcionaría como un Hospital General para *los pobres de solemnidad* que debía contar con un departamento especial para locos. En 1876, se inaugura en Los Teques el Asilo Nacional de Enajenados, primer establecimiento particularmente creado para atender esta enfermedad bajo la tutela médica.

**Todo este escenario permite establecer claramente la instauración de un nuevo *saber poderoso* con respecto a la locura que se inicia en términos generales en cuanto conocimiento médico generalizado, influenciada por las corrientes europocéntricas principalmente francesa. Ahora bien, en Venezuela, este proceso de medicalización de la locura asumió una orientación muy particular, a diferencia de lo sucedido en Francia en la cual se cimentó desde sus inicios en la propuesta y obra de Pinel a partir del *tratamiento moral* el cual sintetizaba un planteamiento específicamente psiquiátrico. En Venezuela dicho proceso de medicalización se sustentó, en una primera instancia, sobre el conocimiento médico en general.**

Es posteriormente, y aquí se instaura un tercer nivel definido como de Psiquiatrización de la Locura, en el que superada la falta de ese conocimiento científico más especializado, el saber psiquiátrico se constituye en el saber hegemónico para la comprensión y tratamiento de la locura. Para ello jugaron un papel importante el aporte realizado por médicos venezolanos formados en el exterior así como también la contribución de psiquiatras extranjeros que se instalaron en el país como consecuencia de los cambios políticos, la incorporación de este conocimiento especializado en los *pensum* de estudio de la carrera de medicina en las universidades nacionales, primero como materia y posteriormente como especialidad con estudios a cuarto nivel, la conformación de organizaciones gremiales, la amplia divulgación y publicación de trabajos científicos, etc.

**Según lo anterior, este segundo período tiene como característica la conformación de un nuevo saber poderoso sobre la enfermedad mental**

**a partir de la hegemonía del conocimiento médico que se instaura sobre varios pilares: primero, por vía institucional, con el surgimiento de las primeras organizaciones asilares de carácter secular bajo la tutela del médico; segundo, con base en la legalidad, a través de las primeras leyes y reglamentos específicos sobre el alienismo que también evidencian el carácter determinante del médico en cuanto a su tipificación o no; tercero, como campo de teoría y práctica científica, inicialmente en cuanto conocimiento médico en general y posteriormente como especializado. En otras palabras, en Francia se medicalizó la locura psiquiatrizzándola; en Venezuela se medicalizó la locura y luego se psiquiatrizó.**

Luego de haber establecido la periodización y caracterización de los distintos momentos genealógicos que han transcurrido y condicionado la conformación del actual orden psiquiátrico en Venezuela, el siguiente capítulo tratará sobre la génesis y posterior desarrollo del establecimiento asilar en la sociedad venezolana. Su importancia, y de allí el hecho de estudiarlo por separado, radica en ser la principal institución para la gestión social de la locura.

Para ello se inicia con un análisis histórico de esta entidad desde sus orígenes en Europa. A partir del siglo XVII en Europa se pasa del embarque de los locos o del destierro a su *gran encierro*. A finales del siglo XVIII y vinculado a la caída del Anciano Régimen, la Medicina se vincula a las prácticas relativas a la locura y se sistematiza el movimiento de Medicalización de la Locura gracias a la actividad desarrollada por Philippe Pinel (1745-1826) en Francia en 1793 al frente de la dirección de Bicêtre y posteriormente en 1795 en Salpêtrière, en las cuales establece una práctica profesional que posibilita un programa asistencial en el ámbito hospitalario a partir de un *tratamiento moral*.

**En el caso de Venezuela**, las primeras informaciones que se tienen sobre el destino de los alienados durante la época de la colonia y los inicios de la actuación republicana, son muy similares en la medida en que se les permitía su deambular por las calles o su internación en los hospitales generales, mientras que para los más agresivos su sitio de reclusión final era la Estación de Policía en condiciones deplorables: ubicados con los delincuentes y reos comunes, sin recibir ningún tipo de tratamiento y sin algún estatuto jurídico que regulara su retención.

En lo concerniente al tratamiento de los enajenados en una institución especializada, los intentos iniciales se localizan en 1810 específicamente en el estado Mérida de manos de la Iglesia Católica que respondió más a una intención caritativa y en ningún caso médica. **Así, el fenómeno del internamiento aparece en Venezuela como consecuencia de la traslación de una institución extranjera.**

Los inicios de una atención médica, mas no psiquiátrica, particularizada al respecto de la locura se ubican a finales del siglo XIX, durante el Gobierno de Guzmán Blanco. En 1874, se decretó la creación de una Casa de Beneficencia, que posteriormente pasó a llamarse Junta de Beneficencia, organismo encargado de controlar y organizar todo lo relacionado con la salud nacional. En 1876, se crea el primer Asilo para Enajenados en la ciudad de Los Teques y se decreta en 1887 su primer reglamento de reclusión. En este momento histórico hace su aparición en el escenario alienista la figura de Telmo Romero **como expresión de una transición, la cual evidencia los inicios de un proceso de medicalización de la locura pero a su vez también la ausencia de un código y de una práctica específicamente psiquiátrica.** Mucho tiempo después, en julio de 1926, se decreta la construcción de un *manicomio moderno* en el Distrito Federal, para lo cual se asignan recursos financieros pero por diversas razones no llegó a concretarse. **Este cambio de denominación en las principales instituciones médicas referidas a la locura surge como consecuencia del naciente proceso de consolidación del saber médico y de la Psiquiatría al frente del tratamiento de las enfermedades mentales.**

En el caso del estado Zulia, el surgimiento del saber psiquiátrico estuvo vinculado entre otros aspectos, al igual que en el resto del país, al nacimiento y constitución de la Medicina como ciencia. En 1895 se crea un Asilo para Enajenados, en 1904 nace en Maracaibo la Institución Psiquiátrica y el 25 de abril de 1906 se promulga el *Reglamento para la reclusión de atacados por enagenación mental*.

Hoy en día, el hospital psiquiátrico en Venezuela, en sus distintas expresiones, condensa diferentes aspectos de crisis institucional. A pesar de haberse impulsado un conjunto de cambios significativos a raíz del ascenso del presidente Hugo Chávez, la situación es bastante dramática. En términos generales, existen problemas infraestructurales llevando a las au-



toridades competentes (Bomberos)) a catalogarlas como inhabitables. Las fuertes limitaciones en los presupuestos asignados para su funcionamiento han incidido en restricciones en cuanto a la disponibilidad de medicamentos, utensilios para el aseo personal, materiales de apoyo para las actividades, falta de personal, etc.

De allí que **al analizar genealógicamente el dispositivo institucional implementado socialmente para enfrentar la locura desde sus inicios hasta la fecha se puede afirmar que su lógica de actuación está fuertemente determinada por las condicionantes socio-históricas propias del devenir venezolano.**

**Primero, nace de la mano de la Iglesia Católica como producto del proceso de colonización y con todas las implicaciones teológicas que ello representó. Luego al lograrse la independencia en 1823 y el proceso de secularización que esta conllevó, surgen a partir de 1876 el primer Asilo de Enajenados dirigido por un Médico-Director y en 1877 se decreta el primer reglamento dirigido específicamente para enajenados. En virtud de este reglamento y otros similares subsiguientes, es cuando se concede al médico la potestad de actuación sobre el enfermo mental.**

**Pero, como consecuencia del poco desarrollo y consolidación del saber psiquiátrico en Venezuela para esa época, se medicalizó la locura más no se psiquiatrizó. Este hecho significó que la actuación de los primeros años al interior de los denominados asilos fuese cuestionada en virtud de no responder, entre otros factores, a los parámetros científicos de la naciente especialización.**

**Como parte de la consolidación de ese nuevo saber poderoso aparece en el escenario de los alienados el Hospital Psiquiátrico, el cual hasta nuestros días, a pesar de unos muy pequeños cambios como las Colonias Psiquiátricas, todavía se mantiene como el eje institucional central de todo el orden psiquiátrico con todas las deficiencias y limitaciones que posee.**

Otro de los elementos constitutivos del Orden Psiquiátrico lo son los *Saberes Concurrentes*, específicamente la Psicología Clínica. Si bien es cierto que el manicomio se fundamentó en un estatuto múltiple (médico, jurídico y financiero) se justificaba en la medida que existiesen las

patologías para las cuales habían sido creados. Con el desarrollo de la sociedad capitalista (paso de la producción artesanal a la producción industrial) surge un conjunto de *trastornos* que escapan de las dimensiones establecidas anteriormente como patologías. Ahora, la medicina mental debe enfrentarse no solo al gran demente, sino también a “pequeños casos mentales” que cada día son más cuantiosos afectando el normal desenvolvimiento de la vida cotidiana en sus distintos ámbitos y que posiblemente, algún día, puedan convertirse en graves patologías.

Para entender el fundamento estructural de estos cambios, Georg Simmel plantea el concepto de *sociedad de individuos*. Dicho proceso de individualización tiene raíces sociales y estructurales a partir de una nueva vinculación entre individuo-sociedad. Esta exigencia estructural planteó, por lo tanto, la necesidad de evaluar el dispositivo existente —el manicomio— en función de darle respuesta a esta nueva demanda. Pero la rigidez de su estructura institucional y su carácter reactivo (a posteriori que se presenta la enfermedad) limitan fuertemente su capacidad de maniobra. No significa con ello la desaparición del manicomio, porque todavía existen las otras enfermedades mentales, sino que se da una *conurrencia de competencias* a fin de optimizar los mecanismos de control social. Ese dispositivo va a estar representado inicialmente por el papel que va a asumir el psicoanálisis.

Álvarez-Uría ubica el nacimiento y consolidación del psicoanálisis en el proceso de individualización que caracterizó a la modernidad y que encontró en el ambiente intelectual de la Viena de principios del siglo XX las condiciones necesarias. Este grupo de intelectuales, principalmente judíos, encontraron en la propuesta de la supremacía de lo interior (Yo), el argumento indispensable para reconstruir su *identidad social amenazada*. La entrada en escena del psicoanálisis en cuanto saber concurrente del orden psiquiátrico en el caso de Venezuela es de muy reciente data y está fuertemente influenciado por lo que fue el nacimiento y desarrollo de esta disciplina en todo el continente latinoamericano como consecuencia de los procesos migratorios, principalmente de inmigración europea.

En Latinoamérica, el psicoanálisis tiene sus primeros exponentes en la obra de Germán Greve y Fernando Allende Navarro en Chile; Francisco Franco de Rocha en Brasil; Honorio Delgado en Perú; Ángel Garma y Enrique Pichón Rivière en Argentina.

La influencia significativa que generó este proceso migratorio ha posibilitado establecer como una de las características iniciales del panorama psicoanalítico latinoamericano “la transnacionalidad del sujeto histórico psicoanalítico.” Argentina fue el país en el cual el psicoanálisis tuvo una mayor repercusión. De hecho, el psicoanálisis tuvo su primer centro de actividad en Viena con la obra de Freud, luego en Nueva York y después en Buenos Aires. Como se señaló anteriormente, la primera Asociación Psicoanalítica latinoamericana se instauró en 1942 en Buenos Aires siendo Ángel Garma su primer presidente.

**En el caso de Venezuela**, la primera observación que resalta es su “*aparición tardía*” en el escenario del psicoanálisis, tanto mundial como regional. Al igual que lo sucedido en otros países latinoamericanos, los primeros escritos sobre el psicoanálisis en Venezuela son el resultado de la incursión de profesionales de la medicina en esta disciplina. Los inicios de esta disciplina se remontan a la década 50-60 con los trabajos de los Dres. H. Quijada y G. Teruel, ambos provenientes del campo de la medicina y formados en el extranjero. **No es sino en el Congreso de Viena realizado en julio de 1971 cuando la Asociación Psicoanalítica de Venezuela es reconocida como miembro de pleno derecho de la IPA.**

En 1980 se da en Venezuela un hecho de singular y gran valía en el mundo psicoanalítico. Jacques Lacan y varios de sus seguidores más destacados (Diana Rabinovich, Jacques Allan Miller) visitan Caracas en el mes de julio a fin de impartir un Seminario. En dicho Seminario se pueden rescatar dos ideas importantes: sus diferencias con la Escuela de París, que lo llevaron a su expulsión y posterior creación de la Escuela del Campo Freudiano, y sus discrepancias fundamentales con los planteamientos de Freud.

En 1981, como consecuencia de la influencia del pensamiento lacaniano y la actuación de algunos de sus más fieles seguidores, como Diana Rabinovich, un grupo de profesionales se traslada a París. **En 1984 reunidos en París acuerdan la creación de la Escuela del Campo Freudiano Caracas, registrada en 1986 en Venezuela por Manuel Kizer, segunda a nivel mundial y centro de referencia para toda el área de América Latina.** Este hecho de singular importancia posicionó a esta escuela del pensamiento psicoanalítico como una de las más importantes dentro de los saberes concurrentes del orden psiquiátrico venezolano. Años más tarde, en 1998, la Escuela del Campo Freudiano Caracas cesa

en sus funciones y se reorientó a partir del año 2000 como Nueva Escuela Lacaniana (lo que evidencia ese influjo) en la reunión de Buenos Aires, siendo reconocida finalmente como tal en el año 2002 en la ciudad de Bruselas.

Estas constituyen, sin lugar a dudas, las dos principales Escuelas de Pensamiento Psicoanalítico vigentes hasta hoy en día en el Orden Psiquiátrico Venezolano: La Escuela Clásica Psicoanalítica representada en la Asociación Venezolana de Psicoanálisis y la Nueva Escuela Lacaniana. (Igualmente funcionan con menor participación las Escuelas de Jung y de Bion). **En términos generales, se evidencia un auge significativo en la participación del psicoanálisis en el conjunto global del orden psiquiátrico venezolano. Cada vez son más los pacientes con trastornos mentales que se remiten inicialmente al tratamiento con psicoanalistas que con psiquiatras.**

Acto seguido se apunta al estudio y análisis de las principales Propuestas Terapéuticas Alternativas al tratamiento inicial de las enfermedades mentales basado en la institución total o manicomial, como lo son la Psiquiatría Comunitaria y/o Familiar a partir de la consideración de dos proyectos específicos: Colaboradores Comunitarios para la Salud Mental (*Cocosal*) y Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (*Catesfam*).

De tal manera, se inicia con una mirada a lo acontecido en la segunda mitad del siglo XX en la cual se manifestaron en Europa y en diversas partes del mundo importantes movimientos críticos, tanto sociales como intelectuales, que tenían como orientación principal un cuestionamiento a los saberes y poderes establecidos (instituciones sociales) así como también a las nociones de subjetividad, moral y ética. Uno de esos aspectos cuestionados se refería a distintos aspectos del saber psiquiátrico y en especial el papel de las *instituciones totales* que entre otros resultados dio origen al Movimiento Antipsiquiátrico.

A principios de los años setenta en Venezuela se opera un cambio importante en términos de políticas de Salud Mental a fin de enfrentar la crítica situación por la que atravesaba la Salud Pública Nacional. Esta situación de profundo deterioro posibilitó a partir de la década de los 70 el nacimiento de dos organizaciones alternativas: **Colaboradores Comu-**

nitarios para la Salud Mental (*Cocosal*), y el Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (*Catesfam*).

Luego de haber analizado estas dos principales propuestas terapéuticas *alternativas o progresistas* al enfoque tradicional psiquiátrico basado en el manicomio como estructura hegemónica y que se pusieron muy de moda en toda Europa a finales del siglo pasado, **se puede afirmar que si bien parten de principios supuestamente transformadores en su concepción y en su aplicación, no llegan a cuestionar los fundamentos mismos de las relaciones de poder que conforman la condición sine qua non del discurso o saber dominante de la psiquiatría.**

Estas propuestas modernistas, con estas premisas, no apuntan a destacar el verdadero origen o fuente de dichos trastornos sino más bien tienden a universalizarlos, desplazándolos de una relación médico-paciente a otra con un mayor ámbito de actuación: médico-paciente-familia-comunidad; en ella el psiquiatra mantiene su posición de primacía y no se confina a los espacios del manicomio, sino que se da una amplificación ilimitada del modelo médico hacia el todo social. Si bien el hecho de caracterizar la enfermedad mental como una división del saber médico limitaba los alcances de su poder al referirse a un reducido número de comportamientos, ante estas nuevas propuestas todo el mundo se encuentra en una relación terapéutica generalizada.

Por todo lo anterior, para poder superar esas *actualizaciones psiquiátricas* se hace necesario entender que la definición de los comportamientos sociales clasificados como patológicos así como el conjunto de dispositivos que se instrumentan para su tratamiento deviene de un saber poderoso y que por lo tanto poseen una base estructural objetiva que condiciona los límites y alcances de las relaciones de poder.

A continuación, se pasó al estudio del estado actual y tendencias del Orden Psiquiátrico en Venezuela. A partir de la segunda mitad del siglo XX, y reforzado años más tarde por las revueltas estudiantiles acaecidas en el Mayo Francés y otros acontecimientos a nivel mundial, el tema de la locura había dado un giro significativo gracias a los aportes teórico-prácticos hechos por distintos investigadores y desde diversas perspectivas. No solo se cuestionaba la fundamentación teórica de la ciencia psiquiátrica

sino también sus métodos de diagnóstico y de tratamiento del paciente. Lo que tenía en común ese conjunto de estudios críticos era la intención de poner al descubierto el trasfondo ideológico y justificador del orden capitalista contenido en ese denominado saber poderoso como lo es la ciencia psiquiátrica.

Ese fracaso del proyecto de *despsiquiatrización de las malarias urbanas* posibilitó la consolidación de un movimiento denominado por Rendueles de **contrarreforma psiquiátrica** que se hizo extensiva a todo el mundo, incluyendo por lo tanto a Venezuela, apuntalada en dos pilares básicos: la unificación de los criterios pragmáticos para la teoría y práctica psiquiátrica a partir de los DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*); y por otro lado, la introducción y prescripción de los psicofármacos para el tratamiento de la locura. La actuación conjunta de estas dos variables en su desarrollo histórico ha llevado en los actuales momentos a un **proceso de colectivización del trastorno y de medicalización de la vida cotidiana, como máxima expresión de esa contrarreforma psiquiátrica.**

En Venezuela, esa contrarreforma psiquiátrica se expresa en distintos ámbitos. **Desde la perspectiva académica y científica aspectos tales como la reafirmación del papel clasificatorio y definitorio de los DSM, pasando por la exclusividad de la respuesta eminentemente farmacológica ante el trastorno, consolidan un panorama que retoma los postulados principales de esa postura.**

**La posibilidad de discutir sobre los fundamentos epistemológicos y/o científicos de ese campo del saber que ya han sido planteados desde el siglo pasado en las obras de Laing y Szasz, por solo mencionar algunos, han quedado en el olvido y se recurre a los nuevos avances en la Psiquiatría Biológica y las Neurociencias como soporte indiscutible. La exclusividad del manejo y tratamiento del campo psiquiátrico a este tipo de especialista de otro tipo de profesionales e inclusive del mismo ámbito médico, así como su nuevo papel de interventor social les confiere una autoridad suprema.**

**El planteamiento del uso de los psicofármacos con usos preventivos conduce a horizontes preocupantes e ilimitados. A su vez, los su-**

puestos beneficios y menos efectos colaterales que arrojan los psicofármacos de última generación así como el cuestionamiento de otros tipos de tratamientos de los cuales se obvian sus resultados (Proyecto Soteria o Soteria-Berna, Turku, etc.) más que curar a los que sufren el trastorno incrementan de manera exponencial las ganancias de las *Big Pharma*. Al igual que en el resto de los países, estas empresas son el principal soporte económico para la realización de eventos científicos en los cuales además de exponer sus nuevos productos o mercancías se discute acerca de sus bondades.

Además, a pesar del cuestionamiento de una manera contundente de las formas institucionales de atención existentes (Hospitales Psiquiátricos) no ha surgido otro tipo de respuestas. La fuerte crítica a las instituciones manicomiales, bien sea como Hospitales Psiquiátricos o Establecimientos de larga estancia, hechas por autores como Goffman o Foucault, se potencian significativamente debido, entre otras cosas, al déficit presupuestario, el hacinamiento y la ausencia de políticas públicas al respecto. Aunado a esto, la falta de implementación de formas institucionales alternativas no hace más que repetir ese círculo vicioso de encierro y maltrato.

Por su parte, el Gobierno Nacional, a pesar de definirse como Revolucionario, no revoluciona el actual orden psiquiátrico. La mayoría de sus directrices apuntan a cambios y mejoras *en el* orden existente, mas no hacia un cambio *de ese* orden. La necesidad de reestructurar, optimizar, rescatar y mejorar son sus principales líneas de acción. A pesar de tener presencia en todo el territorio nacional, manejar las estadísticas de los principales aspectos relacionados al alienismo además de contar con ventajas organizacionales y políticas producto de su actuación como aparato de Estado, no se plantea incidir de una manera insurrecta en el entorno existente. Por tocar un solo aspecto, no hay un solo argumento que plantee la necesidad de defender al ciudadano ante el poderío de las *Big Pharma*.

En conclusión, la globalización y la predominancia de la American Psychiatric Association sobre la psiquiatría mundial, y de la cual no escapó Venezuela, parte desde la conformación de los DSM. Si bien Venezuela

desde sus inicios se nutrió de los planteamientos y experiencias producidas en el continente europeo, particularmente Francia, es a partir de la institucionalización de la APA cuando el centro hegemónico del saber poderoso de la psiquiatría se trasladó a Estados Unidos. Es a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando Estados Unidos impone su supremacía a nivel mundial y en distintos ámbitos, cuando se impulsa y propugna su sistema de valores y creencias, el *american way of life*, como modelo a seguir. Esta nueva propuesta “científica” viabilizó, a su vez, una conciencia de clase en particular. Se constituye así una nueva fundamentación para este *saber poderoso* que ya había sido cuestionado desde la Antipsiquiatría, pero que retoma nuevos aires con esta propuesta unificadora, totalizante y que modela esta práctica “científica” sobre un espacio en particular: *las enfermedades mentales*. Pero su intención no es quedarse allí y su horizonte se amplía con nuevas patologías. Finalmente, ahora todo el mundo sufre de un trastorno. **Por ello, todos tienen que ser medicados. Se da la colectivización del trastorno y la medicalización de la vida cotidiana.**

La segunda parte de este trabajo está referida a otra versión de la locura: la comprensión del fenómeno de la locura desde la perspectiva de quienes vivencian y sufren la enfermedad mental, como lo son los pacientes. El discurso médico-psiquiátrico sobre la locura se ha constituido en el principal argumento para tratar de entender y explicar la complejidad de este fenómeno. Se ha convertido, en consecuencia, en el saber hegemónico. Esa condición de hegemonía pasa por no reconocer la posibilidad de multiplicidad de perspectivas o conocimientos sobre la naturaleza de la locura. Esta *otredad* viene a estar representada, en este caso, por las vivencias de aquellas personas que según ese discurso dominante sufren este padecimiento. **De allí que este apartado intenta conocer el saber sometido de la locura en base al relato de vida de ROSE.**

En primer lugar, se seleccionó a una persona llamada Rose (seudónimo), la cual desde hace cierto tiempo fue diagnosticada como enferma mental, en un primer momento con *Trastorno de Ansiedad* y posteriormente con *Trastorno Bipolar*. En segundo lugar, la entrevista cualitativa no estandarizada se constituirá en el instrumento de recolección de información. A los efectos de esta investigación se procedió a la realización de seis sesiones que se grabaron en microcassette.



**Al procesar de manera global todo el conjunto de categorías y sus marcas-guías a partir de la recurrencia de aparición en las distintas sesiones de entrevistas, se pueden identificar y jerarquizar cuáles son los aspectos más resaltantes del saber dominado que se expresan en Rose cuando habla de su trastorno, sintetizándolos así:**

1.- Considera que las causas de su trastorno están relacionadas con una amplia gama de variables, la mayoría de ellas de carácter no orgánico. Cuando hace referencia a esta condición orgánica como una de las posibles causantes las localiza en distintas partes de su cuerpo. Es importante señalar que para Rose el abuso sexual infantil y la constante violencia doméstica destacan como los principales causantes de su trastorno. Esto contrasta significativamente con la versión médica que representa el saber dominante de la psiquiatría y que caracteriza esta enfermedad “*como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica*” (DSM-IV).

2.- Considera que los distintos tratamientos médicos basados en la medicación exclusivamente farmacológica a los que ha sido sometida son de baja efectividad ya que hasta los momentos todavía no ha sido curada y son muy frecuentes sus recaídas. Además, también es importante considerar el alto costo de estos medicamentos así como su relación coste-beneficios para el paciente con respecto a las posibles consecuencias o efectos colaterales por su uso.

3.- A pesar de la baja efectividad de los tratamientos, considera que los distintos médicos que la han atendido son muy profesionales, con una alta competencia científica, humana y ética.

4.- Considera que su trastorno no presenta una sintomatología específica (comorbilidad) lo que la diferencia de otras enfermedades.

5.- A pesar de todas estas contingencias, Rose es portadora de una actitud muy positiva ante la vida, asume que todavía tiene muchas cosas por hacer y que a pesar de todo continuará adelante no solo con sus proyectos laborales sino también afectivos.

6.- Para emprender esta tarea de superación, afirma contar con un grupo importante de personas que comprenden su trastorno y la apoyan para seguir adelante.

7.- No acepta volver a ser internada en un Hospital Psiquiátrico ya que las malas condiciones infraestructurales, la escasa dotación de suministros y materiales así como el bajo desempeño del personal de apoyo en vez de procurar la mejora del enfermo atentan contra su salud.

8.- El único tratamiento “científico” que reconoce es la medicación exclusivamente farmacológica, desconociendo el papel que puedan cumplir otros tipos de tratamientos como, por ejemplo, las terapias. A su vez, argumenta las dificultades que presenta para mantener su continuidad por sus altos costos.

9.- En procura de curar su enfermedad, Rose ha recurrido a diversos médicos y a otros agentes sociales como curanderos, parapsicólogos.

10.- Existen personas muy cercanas a Rose que en vez de facilitar su proceso de curación lo entorpecen ya que la estigmatizan y la descalifican por considerarla una “loca”.

11.- En vista de los resultados poco alentadores que ha obtenido por los tratamientos médicos a que ha sido sometida, Rose ha recurrido a otras técnicas de sanación en la cual predominan ritos y ceremonias religiosas.

12.- El único aspecto que considera positivo del hospital psiquiátrico es el conjunto de relaciones de solidaridad que se establecen entre los pacientes no solo para enfrentar las adversidades de su enfermedad sino también los embates del internamiento.

13.- Rechaza el carácter involuntario del internamiento, del confinamiento en cárceles o el amarre a camas en hospitales psiquiátricos.

14.- Rose no está enferma. Está enferma la otra. Rose está enmascarada.

Luego de haber deconstruido el relato de vida de Rose con respecto a su trastorno mental se pueden establecer las más resaltantes coordenadas genealógicas del saber poderoso de la psiquiatría que se han entronizado en los saberes dominados del orden psiquiátrico en Venezuela, entre los cuales destacan el papel dominante del médico, el papel pasivo del paciente, la hegemonía del hospital psiquiátrico, la concepción prioritariamente orgánica del trastorno, el predominio del tratamiento farmacológico y la visión estigmatizante del trastorno.

Ante este sombrío panorama de colectivización del trastorno y medicalización de la vida cotidiana que caracterizan el orden psiquiátrico (y por ende el saber poderoso) vigente en Venezuela así como en otros países, y que se expresa en una medida significativa en el saber dominado representado en Rose, se impone la necesidad de finalizar esta conclusión señalando algunos lineamientos de acción en términos de una **propuesta** que rescate las críticas hechas desde diversas posturas así como también considere los nuevos marcos teórico-conceptuales con el propósito de impactar este orden psiquiátrico.

A partir de los cuestionamientos hechos por la Antipsiquiatría así como desde otras perspectivas, incluso psiquiátricas, el planteamiento central en contra del orden psiquiátrico es romper con el conjunto de relaciones de poder que se sustentan en el saber médico y se materializan en discursos, prácticas e instituciones, presentes en el todo social, por lo cual se hace imprescindible:

*“deshacer ese círculo: al dar al individuo la tarea y el derecho de llevar su locura hasta el final, en una experiencia en la cual los otros pueden contribuir, pero nunca en nombre de un poder que les sea conferido por su razón o normalidad; al apartar las conductas, los padecimientos, los deseos del estatus médico que se les había otorgado, liberándolos de un diagnóstico y una sintomatología que no sólo tenía valor de clasificación sino de decisión y decreto, y al invalidar, por último, la gran retranscripción de la locura como enfermedad mental que se había emprendido desde el siglo XVII y consumado en el siglo XX.*

*La desmedicalización de la locura es correlativa de este cuestionamiento primordial del poder en la práctica antipsiquiátrica” (Foucault, 2005, 394-395).*

Estas posturas críticas tuvieron acogida no solo en virtud de los cambios que proponían en torno a la relación médico-paciente y a la crítica que se le hacía a la institución manicomial, sino que a su vez se insertaban en un cambio en la relación Estado-Psiquiatría en virtud de las nuevas exigencias de eficacia del capital: *“el neoliberalismo, al igual que el cientificismo, se conciben, sustentan en una racionalidad instrumental, es decir, la racionalidad*

*dad de la acción humana con arreglo a fines y no con arreglo a valores. Esto implica una ética de la eficiencia”* (Giorgi citado por Perdomo, 2006, 4).

En otras palabras, se está en el tránsito de un tipo de sociedad a otra: de las disciplinarias a las de control. De allí que las grandes instituciones, no solo en infraestructuras, sino también en manejos de personal, recursos, etc., (cárceles, manicomios, escuelas) entran en crisis debido a los altos costes que generan y su poca productividad, dándole paso a nuevas instituciones que cumplan su función integradora. Como afirma Deleuze

*“tal pasaje marca el principio del fin de las grandes organizaciones de encierro fundadas en el siglo 19 (escuela, fábrica, cuartel, etc.) y productoras de subjetividad disciplinada, al control de la subjetividad a través de espacios abiertos modulándola a partir de la organización del tiempo libre y la vida cotidiana, la televisión, la informática, el control satelital, etc... produciendo básicamente una subjetividad diagramada por el marketing, endeudada y consumista. Y en estos cambios urge la modificación de las instituciones”* (citado por Perdomo, 2006, 4).

A pesar de la incuestionable valía de estas posturas críticas, a su vez también fueron cuestionadas en diversos aspectos. Por ejemplo, en lo que respecta al Movimiento Antipsiquiátrico, Guattari afirma que se conformaron con enfrentar los puntos que determinaron como cruciales, descuidando otros de igual importancia a los cuales había que darles respuesta.

*“Pero al mismo tiempo, la dimensión prepersonal, analítica producción de subjetividad, no solamente en el campo social, sino también en el de la creatividad social y del análisis en su sentido más amplio (psicoanálisis, autoanálisis, análisis de grupo, pedagogía institucional) carecían de interés para Basaglia. Yo se lo reprochaba mucho, señalándole que al margen de lo capital de esas acciones sociales, si no se tiene una posición crítica, una posición de formación en el terreno de las técnicas –psicoterapia para los psicóticos, técnicas de psicoterapia para los niños, psicoterapia de grupo, psicoterapia institucional, etc.– uno deja el campo libre al mercado, con las propuestas conductistas y todo tipo de cosas relativamente ilusorias”* (Guattari citado por Perdomo, 2006, 2).

Por otro lado, Maud Mannoni critica a la Antipsiquiatría por enfatizar *“un puro activismo del que no está siempre exenta, que transformaría a los psiquiatras en superasistentes sociales además de pretender que con la libertad no habría más locura y que la revolución permitiría resolver las cuestiones planteadas por la locura”* (citado por Perdomo, 2006, 1).

En otras palabras, pensar que solo derrumbando el capitalismo y entronizando una nueva sociedad se acabaría con la locura parece una postura poco sustentable. Sobre todo si se tiene como ejemplo lo sucedido en los regímenes totalitarios o comunistas como la Unión Soviética u otros países del bloque socialista en los cuales el orden psiquiátrico también se constituyó en mecanismo para perseguir los comportamientos anormales o desviados.

El capitalismo desenfrenado alcanza la locura. El número de pacientes sometidos al tratamiento farmacológico crece cada día de manera exponencial en todos los rincones del planeta. Las magnitudes de dinero vinculadas al negocio farmacéutico alcanzan cifras impresionantes. Las patologías a ser atendidas son de muy diversa y de variada índole, quedando muy pocos espacios o reductos donde no intervengan.

Entonces ¿Que hacer? Ante esta situación, lo más pertinente a mi entender, es avanzar sobre algunas de esas líneas de acción que ya han sido propuestas con anterioridad replanteándolas en los nuevos escenarios y considerar los nuevos avances y planteamientos que se han dado en diversos campos del conocimiento. No es hacer una alfombra de retazos, sino evitar el olvido, la amnesia. Es aprovechar los grandes aportes teóricos y prácticos ya realizados desde distintas áreas del saber y conjugarlos a partir de los marcos teórico-conceptuales vigentes con la intención de ofrecer *otra* explicación y, por ende, una vía de acción alternativa, más crítica, solidaria y humana. Finalmente, como señala Geekie, se hace necesario *escuchar las voces que oímos*, incorporar como parte de la solución la perspectiva de esa otredad que representa la versión de los más afectados, de los que sufren ese padecimiento, los que siempre han sido renegados por su condición a pesar de ser los que sufren en carne propia los efectos no solo orgánicos (principalmente derivados de su dependencia con los antipsicóticos) sino también sociales, al ser marginados y sujetos a diversos tipos de segregación.

Una de esas primeras líneas de acción la constituye, sin lugar a dudas, la problematización conceptual del objeto de estudio de las ciencias psiquiátricas, las denominadas *enfermedades mentales*. Su importancia cardinal radica en que a partir del ámbito conceptual que se plantee, se desprenderán otros aspectos fundamentales del orden psiquiátrico. Es así como es posible pensar que al considerar la locura como una *enfermedad mental* producto de una disfunción orgánica, el tratamiento más indicado será el farmacológico al igual que en otras enfermedades, y la respuesta institucional por parte del Estado debe ser el Hospital Psiquiátrico o los Hospitales Generales. A su vez, las propuestas alternativas, como la Psiquiatría Comunitaria o Social, mantienen esta lógica de actuación y se actualizan ante las nuevas realidades ampliando aún más las patologías y los campos de acción psiquiátrica. Por ello, es de vital importancia hacer énfasis en este momento de redefinición teórica ya que de él se condicionarán otros aspectos referidos al orden psiquiátrico, tales como discursos, prácticas, instituciones, etc. Pensar, hoy en día, en los mismos términos que se planteó la discusión inicialmente y obviando todas las críticas y los resultados de las investigaciones en función de romper con una visión naturalizada y vulgarizada del problema, soportada por toda una gran industria, no hace más que instalarnos en un círculo vicioso que no permite incursionar en otros campos teóricos y prácticos.

Una segunda línea de acción vendría a estar relacionada con la dimensión terapéutica de la locura. En este sentido, si la concepción orgánica del trastorno prevalece como fundamentación de la enfermedad mental, la única terapia posible es el medicamento y viceversa. Como señala Read:

*“El hecho de que receten un medicamento refuerza la idea de que sufres alguna enfermedad. Por otra parte, la idea de que los problemas que uno sufre pueden estar relacionados con la propia experiencia vital o con sus circunstancias actuales tiende a desaparecer en cuanto se adopta el mensaje médico que acompaña a las píldoras. Por consiguiente, no son solo la sedación y la reducción de la capacidad intelectual las que impiden pensar en las causas psicológicas y sociales de la psicosis y encontrar soluciones para ellas. El hecho de que a una persona se le receten neurolépticos reduce su motivación, incluso*

*por dedicarse a pensar en ello o emprender cualquier acción”*  
(Read, 2006, 136).

Bajo estas premisas, el papel de los psicofármacos queda relegado a un segundo plano. Sería irresponsable proponer una eliminación o restricción de los pacientes para el acceso a estos medicamentos, sobre todo si se tiene en cuenta que producto de su consumo prolongado muchos de estos pacientes están sujetos más a una lógica de la dependencia que a una lógica de la sanación. Pero sería oportuno plantear la necesidad de limitar o restringir el acceso de estos medicamentos para el tratamiento de la locura en todas sus fases, principalmente en su fase inicial, sobre todo si se toma en consideración los numerosos efectos secundarios que su consumo produce. La utilización de estas medicinas estaría sujeta, bajo estas nuevas coordenadas, a que facilite el proceso de *apalabramiento* (Gonzalez), de conversar. Así un paciente que presente un cuadro muy fuerte de depresión, se hace necesario recurrir a estos psicofármacos con la intención de tranquilizarlo y posibilitar el uso del lenguaje para iniciar un proceso de curación basado en otras opciones.

Siguiendo este planteamiento, surge una tercera línea de acción. Al analizar el papel de los psicofármacos necesariamente hay que referirse a la actuación de las *Big Pharma*, o grandes empresas transnacionales, que han gerenciado el tratamiento de la locura (al igual de lo que ocurre con otros padecimientos) bajo las directrices de un diseño mercantilista más que en función de su dimensión social. Al sacar el problema de la locura de esa lógica de acumulación y reproducción del capital, dinámica impuesta principalmente por la *Big Pharma*, se debe redireccionar el eje de significación hacia los individuos, supeditando los intereses del mercado por los intereses colectivos. El diseño social de las enfermedades no debe ser suplantado por el diseño empresarial de las enfermedades (Moynihan). En este sentido, se hace necesario rescatar el espacio público e impulsar la acción política en distintos ámbitos sociales. Esto implica la participación política de distintos actores sociales, no únicamente del enfermo y de sus parientes. El rescate de las salidas colectivas por encima de las empresariales, donde se manifieste el ejercicio pleno de la democracia y del convivir, posibilitará la construcción de una sociedad más igualitaria, consensuada. La batalla librada, y ganada, por el gobierno indio contra

la Industria Farmacéutica Novartis para no cancelar cuantiosas sumas de dinero exigidas por el pago de patentes correspondientes a medicinas que ya existían como genéricos para curar determinados tipos de leucemia posibilitando mantener sus precios bajos y accesibles para toda la población, se constituyen en una muestra de lo que es posible hacer.

Una cuarta línea de acción tiene que ver con el sujeto activo sobre el cual se debe acentuar el énfasis en la relación médico-paciente trasladándose a un nuevo eje paciente-médico. De allí que el relanzamiento de la noción de la voluntariedad y de consentimiento del paciente para someterse y/o mantenerse en cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, no solamente expresado en términos legales, sino como expresión del colectivo social asume una importancia cardinal. Esta idea rompe con una de las estrategias centrales del ejercicio del poder como lo es el fomento del deseo de tutela. Desde las "*lettres de cachet*" hasta la prescripción médica, el encierro y el tratamiento psiquiátrico ha cumplido una función instrumental que anula la voluntad y el interés de los pacientes o de los asociales en función de un *interés general*.

Al trasladar el eje de significación del médico hacia el paciente se re-define sus marcos de actuación, por lo que se propone una quinta línea de acción. El papel a desempeñar por *los técnicos del saber práctico* no debe estar vinculado a ser portadores y representantes de la ideología científica dominante, cuyo fin es asegurar legalmente la disciplina de los grupos que disienten, sino romper con esa ideología y poner en evidencia las distintas formas de manifestación y ejercicio del poder a través de distintos dispositivos. Tampoco debe ser la de un profesional que pretenda intervenir en todas las instancias del todo social, patologizando todos los comportamientos y medicalizándolos, tal como proponen las nuevas versiones de la psiquiatría familiar y/o comunitaria, en otras palabras, evitar la psiquiatrización de lo social. Su papel principal estaría asociado a la propuesta de romper con ese saber poderoso, dándole paso a un nuevo saber que hasta ahora ha sido sometido y que no es más que la expresión, a través del lenguaje, de las dimensiones del dominio de la relación en la vida de relación. Es sacar el problema de la locura, y por ende de la psiquiatría, de su envoltura biomédica para trasladarlo al campo de la relación, en donde se haga posible la participación y aporte de otras ramas del conoci-



miento, inclusive de la medicina. Se trata de colocar en un primer plano la discusión sobre las relaciones de poder que se enmascaran en discursos o mecanismos a través de los cuales se expresa.

Una sexta línea de acción necesariamente tiene que estar dirigida a las formas materiales e institucionales en que se expresan estos dispositivos que nacen bajo la égida del *saber poderoso*. No se apunta a la necesidad de humanizar estos espacios a fin de hacer más aceptable la permanencia de los individuos en ellos. Ni tampoco a la creación de nuevos sitios, por ejemplo locales o municipales, para acercar al enfermo a sus parientes para minimizar sus penas. En ambas situaciones, lo que se está haciendo es mantener, mediatizada o enmascarada, la misma relación de dominación ahora en nuevos espacios o con nuevas caras. Lo que se trata es de romper esa lógica en la cual, desde sus inicios, el médico o psiquiatra impone la pauta. Se debe apuntar hacia las nuevas formas de actuación en torno al tratamiento de la locura a partir de considerar otros saberes y técnicas que contrarresten esta tendencia. Desde los intentos de Cooper en un hospital al norte de Londres, el Kingsley Hall, Gorizia, Trieste, hasta el Proyecto Soteria y su variante Soteria Berna, Turku y el proyecto API, son solo ejemplos que muestran formas, prácticas e instituciones alternativas en las cuales se traslada a un primer plano la utilización de métodos o tratamientos psicosociales (terapia cognitiva, psicoterapia individual y psicodinámica, terapia familiar psicoanalítica, sistémica, etc.; sin olvidar la efectividad terapéutica de los grupos de afectados y las redes de acompañamiento que promueven con las limitaciones antes señaladas).

Para finalizar, la séptima línea de acción apunta a rescatar las propuestas y verdades que vienen desde los saberes dominados. En este sentido, reposicionar en un primer plano la *otredad* de los que sufren la enfermedad por encima del saber médico en muchos de los aspectos referidos a la locura (etiología, tratamiento, internamiento etc.) se constituye en una postura radical que persigue anteponer los intereses del hombre a todo lo que representa el saber dominante y hegemónico presente en la versión médica (y capitalista) del transtorno.

## BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Federico y colaboradores: *Las marcas identificatorias del Psicoanálisis Argentino en Latinoamérica*. Sociedad Psicoanalítica de Caracas. Venezuela. 2005. 28 p.

ÁLVAREZ, José María: *La invención de las enfermedades mentales*.: Ediciones Dor, Madrid, 1999. 464 p.

ÁLVAREZ, Ricardo: *La Psiquiatría en Venezuela*. 2ª Edición. Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Caracas. 2005. 335 p.

ÁLVAREZ-URÍA, Fernando: *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Tusquets Editores. Cuadernos Ínfimos 106. Barcelona. 1983. 364 p.

---. *Medicina rural: el marco y los límites de una relación de reparación*. En HUERTAS, Rafael y CAMPOS Ricardo (Coordinador). *Medicina Social y clase obrera en España (Siglo XIX y XX)*. Fundación de investigaciones marxistas. Madrid. 1992. 177-212 p.

---. Y VALERA, Julia: *Sociología de las instituciones. Bases sociales y culturales de la conducta*. Ediciones Morata. Madrid. 2009. 237 p.

---. Y VALERA, Julia: *Sociología Capitalismo y Democracia*. Ediciones Morata. Madrid. 2004. 391 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-IV. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. Madrid. Psicoméd. 1994.

ARRIETA, Orlando: *Notas para la historia de la Medicina en el Zulia*. Comisión Presidencial para el Bicentenario del Natalicio del General Rafael Urdaneta. Maracaibo. 1987. 239 p.

ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Código Penal*. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.768 Extraordinario. Abril de 2005.

ÁVILA GIRÓN, Ramón: *Legislación Psiquiátrica en Venezuela*. Ponencia presentada en el II Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. México. 1962.

---. *Enseñanza de la Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia*.

BASAGLIA, Franco y BASAGLIA, Franca: *Los crímenes de la paz*. Siglo XXI Editores. México. 1977.

BASAGLIA, Franco y otros: *Razón, locura y sociedad*. XIV edición en español. Siglo XXI, México. 2004. 199 p.

BASAGLIA, Franco y otros: *Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial*. Barral Editores. Ediciones de Bolsillo. Barcelona, España. 1975. 256 p.

BERMÚDEZ Arias, Fernando: *Forjadores de una Historia*. Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Maracaibo. 1985.

BERTAUX, Daniel: *La Aproximación Biográfica. Su Validez Metodológica. Sus Potencialidades*. 23 p.

BIBLIOTECA DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES: *Leyes y Decretos de Venezuela 1886-1887*. Serie República de Venezuela N° 13. Caracas. 1989.

CASSAU, Pablo: *DSM IV*. Redpsicología. 3ª Edición. Buenos Aires. Junio 2006.

CASTEL, Robert, RENDUELES, Guillermo, DONZELOT, Jacques y ÁLVAREZ- URÍA, Fernando: *Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault*. Madrid: Circulo de Bellas Artes. Ediciones Ciencias Sociales. 2006. 142 p.

CASTEL, Robert: *El psicoanálisis. El orden psicoanalítico y el poder*. Siglo XXI Editores. México. 1980. 268 p.

----. *El orden Psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Editorial la Piqueta. Madrid, 1980.

----. *La gestions de risques. De l'anti- psychiatrie a l'après psychanalyse*. Minuit. Paris. 1981.

----. *Las trampas de la exclusion. Trabajo y utilidad social*. Editorial Topia. Buenos Aires. 2004.

----. *Crítica social. Radicalismo o reformismo político en VV.AA., Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault*. Circulo Bellas Artes. Madrid, 2006, 9-34 p.

----: *Presente y genealogía del presente. Pensar el cambio de una forma no evolucionista*. Revista Archipiélago N° 47. Madrid 2001. 67-74 p.

CENTRO DE ATENCIÓN AL ESQUIZOFRÉNICO Y FAMILIARES (*Catesfam*). *Modelo de Recuperación*. Maracaibo. 21 p.

---. Esquizofrenia Hoy. Volumen 1 Nueva Edición. Maracaibo. 2008. 32 p.

---. Esquizofrenia Hoy: La Coesquizofrenia. Volumen II. Maracaibo. 18 p.

---. Nuestros Logros. Maracaibo. 24 p.

CODDOU, Solange: *Clasificación de la conducta anormal: el DSM IV*. Apsique. Concepción. 2001.

COLABORADORES COMUNITARIOS PARA LA SALUD MENTAL (*Cocosal*). Año 1. Volumen 1. Hospital General del Sur. Maracaibo. 1982. 36 p.

---. Volumen 2. Hospital General del Sur. Maracaibo. 1987. 39 p.

---. Volumen 3. Hospital General del Sur. Maracaibo. 1988. 31 p.

COLMENARES, Luis Alfonso: *Hitos históricos de las Especialidades Médicas en Venezuela publicados en la Gaceta Médica de Caracas*. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Caracas, Venezuela. Enero –Diciembre de 2006. Volumen 55(1-2). Serie Histórica 89-90. 88 págs.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Civil*. Mayo 1867. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Civil*. Mayo 1896. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Civil*. Abril 1904. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Civil*. Julio 1916. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Civil*. Agosto 1942. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Civil*. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial N° 2.990 Extraordinario. Julio de 1982.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Penal*. Mayo 1897. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Penal*. Junio 1912. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Penal*. Junio 1915. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA. *Código Penal*. Julio 1926. Caracas, Venezuela.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Penal*. Junio 1964. Caracas, Venezuela.

DEL CAMPO, Salustiano: *La institucionalización de la Sociología (1870-1914)*. Coordinador. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid. 2000. 167 p.

DURKHEIM, Emilio: *Las formas elementales de la vida religiosa*. Editorial Schafire. Traducción de Iris Josefina Ludmer. Buenos Aires. 1968. 234 p.

FENDRIK, Silvia: *Crítica a una difundida clasificación psiquiátrica.*: Página/12 Web. Argentina. 2006.

FERRAROTTI, Franco: *Historia y Historias de vida*. Traducción de Alejandro Moreno. Caracas. 1981. 39 p.

FOUCAULT, Michel: *La Arqueología del Saber*. 22ª edición en español. Siglo XXI Editores. México. 2006. 355 p.

---. *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. 1ª edición Humanidades 1ª reimpresión. Alianza Editorial / Materiales Filosofía. Madrid. 2004. 175 p.

---. *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de Francia 1973-1974*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2005. 448 p.

---. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI de España Editores, s.a. 3º Edición. 2005. 375 p.

---. *Historia de la locura en la época clásica*. 1ª edición. 4ª reimpresión. España: Breviarios Fondo de Cultura Económica n° 191, 1991, 2 tomos. 575 y 411 pp.

FUENMAYOR, Tibaldo y ÁVILA, Ramón: *Psicofármacos en el Medio Hospitalario. Experiencias en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo*. Dirección de Cultura. Separata de la Revista de la Universidad del Zulia N° 29: Maracaibo. Venezuela 1965. 59- 69 p.

GACETA OFICIAL DEL ESTADO ZULIA. *Reglamento para la reclusión de atacados por enagenación mental*. 1906. Maracaibo. Estado Zulia. Estados Unidos de Venezuela. Número 348. Abril de 1906.

GOFFMAN, Erving: *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, 1ª edición. 8ª reimpresión. Buenos Aires. 2004. 378 p.

---. *ESTIGMA: la identidad deteriorada*. 1ª edición. 9ª reimpresión. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 2003. 172 p.

GONZÁLEZ, Miguel: *Desarrollo de la Medicina Venezolana*. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Volumen 38 N° 56. Caracas, Venezuela. Diciembre 1989. 194 p.

---. *Reflexión comparativa entre la medicina bajomedieval y la medicina precolombina*. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Volumen 47 TOMO II N° 74. Caracas, Venezuela. Diciembre 1998. 263 p.

GREVE, Germán: *Psicología y Psicoterapia de ciertos estados angustiosos*. Congreso Interamericano de Medicina e Higiene. Sección de Neurología, Psiquiatría, Antropología y Medicina Legal. Buenos Aires. 1910.

GRIMALDI DE CALDERA, Elvira y BILBAO DE ROMER, Graciela: *El Enfermo Mental en nuestro ordenamiento jurídico*. Versión html. <http://servicio.cid.uc.edu.ve/derecho/revista/52/52-3.pdf>.

IBAÑEZ, Jorge: *Historia de la Psiquiatría en Venezuela: Hitos Docentes-Asistenciales*. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Volumen 40 N° 60. Caracas, Venezuela. Septiembre 1991. 139 p.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. 2009. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/bipolardisorder.html>

LACAN, Jacques: *Actas de la reunión sobre la enseñanza de Lacan y el Psicoanálisis en América Latina*. Escansión Analítica N° 1. Reunión de Inaugu-

ración de la Reunión de Caracas. Editorial Ateneo de Caracas. Traducción de Juan-Luis Delmont-Mauri. 1980.

LAURENT, Dominique: *Del deseo de estandarización masiva. Historia del DSM*. Escuela de Orientación Lacaniana. Boletín Especial N° 42 Argentina. 2004.

LEÓN, Ramón: *Los psicoanalistas latinoamericanos y la difusión de sus trabajos en la Revista Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse: un estudio bibliométrico*. Revista Latinoamericana de Psicología. Año/Vol. 14. Número 002. Fundación Universitaria Konrad Lorens. Bogotá. Colombia. 1982. 171-182 p.

MARCANO, Noraida, PIRELA SALAS, Virginia y RÍOS DE FINOL, María José: *Políticas Educativas Nacionales y Regionales en Venezuela*. Caracas. Dic. 2005, vol.12, no.3, p. 355-376. ISSN 1315-4079.

MÁRKEZ, Iñaki: *ÁNGEL GARMA. De Bilbao a los orígenes y desarrollo del psicoanálisis argentino*. NORTE DE SALUD MENTAL n° 17, 2003. España. Págs. 68-73.

MATURANA, Humberto: *El sentido de lo humano*. Dolmen Ediciones. Chile. 8ª Edición. 1996. 330 p.

MATURANA, Humberto y VARELA, Fernando: *De máquina y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo*. Editorial Universitaria. Colección El Mundo de las Ciencias. 5ª Edición. Chile. 1998. 137 p.

MATUTE, Manuel: *La historia de la psiquiatría en Venezuela*. Vitae. Academia Biomédica Digital. Medicina en el tiempo. [http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeDiecisiete/Medicina en el Tiempo/Archivos HTML/unahistoria.htm](http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeDiecisiete/Medicina%20en%20el%20Tiempo/Archivos%20HTML/unahistoria.htm). Venezuela. 19 p.

---. *Un Cursillo Sobre Psiquiatría en 1935*. Archivos Venezolanos de Neurología y Psiquiatría. Volumen 50. Número 102. 2004. Enero-Junio. Caracas. Venezuela.

MELÉNDEZ DE NUCETTE, Ligia: *El Psiquiatra del Siglo XXI*. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. Volumen 50, N° 103, Julio/Diciembre. Caracas. 2004.

MORENO, Alejandro. *Historias-de-vida e Investigación*. Centro de Investigaciones Populares. Caracas. 2002. 40 p.

---. *Historia-de-vida de Felicia Valera*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Fondo Editorial Conicit. Colección Con Ciencia. Caracas. 1998. 424 p.

---. *El aro y la trama. Episteme, modernidad y pueblo*. Universidad de Carabobo. 3ª Edición. Venezuela. 2005. 606 p.

MORÍN, Edgar: *Introducción al pensamiento complejo*. 8ª Reimpresión., Editorial Gedisa. Barcelona. 2005. 167 p.

NUCETTE, Eligio. *El Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, 2004: Una historia de 114 años*. Discurso de Orden pronunciado en el Hotel del Lago, el 14 de abril de 2004, en el Acto de Instalación de las Jornadas Científicas del Centenario del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. Volumen 51, Número 104, Enero/ Junio. Caracas. 2005.

PANAIA, Marta: *El Aporte de las técnicas biográficas a la construcción de teorías*. Espacio Abierto Enero-Marzo. Vol. 13. N° 001. Maracaibo 2004. 51-73 p.

PARSONS, T: *La estructura de la acción social*. Editorial Guadarrama. Madrid. 1968.

PERDOMO M., Alfredo F.: *El legado de la Antipsiquiatría*. Imagen Cristal. Argentina. 2006.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Civil*. Octubre 1862. Caracas, Venezuela.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Civil*. Febrero 1873. Caracas, Venezuela.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Civil*. Diciembre 1880. Caracas, Venezuela.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Penal*. Abril 1863. Caracas, Venezuela.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Penal*. Febrero 1873. Caracas, Venezuela.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. *Código Penal*. Abril 1904. Caracas, Venezuela.



PUIGBÓ, Juan José y BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo: *Centenario de la Academia Nacional de Medicina 1904-2004*. Editorial ATEPROCA. Caracas. Venezuela. 2004.

PUJADAS, Juan José: *El método biográfico: el uso de las historias de vida en Ciencias Sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Serie Cuadernos Metodológicos N° 5. Madrid. 1991. 102 p.

READ, John, MOSHER, Loren, BENTALL, Richard: *Modelos de locura*. Editorial Herder. España. 2006. 450 p.

RODRÍGUEZ, Francisco: *La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental*. Espacio Abierto. Abril/Junio. Volumen 13. Número 002. Asociación Venezolana de Sociología. Maracaibo. Venezuela. 2004.

ROMERO, José y HERNÁNDEZ, Hernán: *Apuntes para la historia de la psiquiatría en el Zulia*. Maracaibo. Venezuela. Tipografía Unión. 1973. 50 p.

SAINSBURY, M. J.: *Introducción a la Psiquiatría*. Ediciones Morata s.a. España. 1978.

SZASZ, Thomas: *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Amorrourtu Editores. Buenos Aires. Segunda reimpresión 1994.

---. *Some Observations on the Relationship Between Psychiatry and the Law*. American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry, Vol. 75. 1956. 297 p.

---. *Moral Conflict and Psychiatry*. Yale Review. Vol. 49. 1960. 555 p.

---. *Civil Liberties and the Mentally Ill*, Cleveland-Marshall Law Review. Vol. 9. 1960. 399 p.

---. y HOLLENDER, M: *A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*. American Medical Association Archives of International Medicine. Vol. 97. 1956. 585 p.

TINAO MARTÍN-PEÑA, José Francisco: *Los Médicos del Exilio Republicano en Venezuela*. © Historia Actual Online 2005 43. HAOL, Núm. 7 (Primavera, 2005. Instituto de Humanidades, Universidad Rey Juan Carlos). España. Junio 2005 43-54 p. ISSN 1696-2060.

TURNER, Stephen Y TURNER, Jonathan: *THE IMPOSSIBLE SCIENCE. An Institutional Analysis of American Sociology*. 1ª Edición. United States of America. Sage. 1990. 221 p.

UNIVERSIDAD DEL ZULIA: *Estructura Curricular de la Escuela de Medicina*. Facultad de Medicina. Febrero. 2007. 93 p.

UNIVERSIDAD DEL ZULIA: *Estructura Curricular de la Escuela de Medicina*. Facultad de Medicina. Octubre. 2007. 128 p.

UNIVERSIDAD DEL ZULIA: *Cátedra de Psiquiatría. Residencia Docente Universitaria en Psiquiatría*. Facultad de Medicina. 1974. 45 p.

VALLES, Miguel: *Entrevistas Cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Serie Cuadernos Metodológicos N° 32. 1ª Reimpresión. Madrid. 2007. 195 p.

VARELA, Julia y ÁLVAREZ-URÍA, Fernando: *Genealogía y Sociología*. Editorial El cielo por asalto. Argentina. 1997.

VARELA, Francisco J: *Autopoiesis y una Biología de la Intencionalidad*. Traducción: Xabier Barandiarán. 2003. 16 p.

XVII CONGRESO VENEZOLANO DE PSIQUIATRÍA. II JORNADAS DE LA RESIDENCIA DOCENTE DE POSTGRADO EN PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA: *El Postgrado en Psiquiatría en Venezuela. 36 Años de Enseñanza de Postgrado en la Universidad del Zulia (Psiquiatría – 1961)*. Maracaibo. 1977

VISACOVSKY, Sergio Eduardo: *Memorias fracturadas. Usos del pasado, política y filiación en el psicoanálisis argentino*. Departamento e Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

WINKIN, Yves: *ERVING GOFFMAN: Los momentos y sus hombres*. Editorial Paidós, 1ª edición. Barcelona. 1991. 231 p.

ZITO LEMA, Vicente: *Conversaciones con Enrique Pichón Rivié re sobre el arte y la locura*. Timerman Editores. Buenos Aires. 1976.

# ANEXOS



# **PERIODIZACIÓN DEL ORDEN PSIQUIÁTRICO EN VENEZUELA**



## **1<sup>er</sup> PERÍODO**

### **MAGIA, RELIGIÓN Y LOCURA. DIVINIZACIÓN DE LA LOCURA**

#### **1.1.- DEIFICACIÓN DE LA LOCURA**

Antes de 1492.- Amalivaca, Tamoryayo, Guaygerri, Kuwai y Maleiwa.

---

#### **1.2.- CRISTIANIZACIÓN DE LA LOCURA**

1492.- Encuentro de dos mundos.

1725.- Por orden de la Real Cédula del Rey Felipe V de España y bula apostólica de Su Santidad Inocencio XIII, se crea la Real y Pontificia Universidad de Caracas.

1763.- Comienza a funcionar la cátedra de Medicina en dicha Universidad.

1777.- Se creó el Protomedicato de Caracas, previa aprobación del Rey.

1810.- Primer establecimiento destinado a la reclusión de este tipo de enfermos en Venezuela por parte del clérigo Francisco Xavier de Irastorza (Estado Mérida). Un terremoto lo destruyó en 1812.

1810.- A raíz de la invasión napoleónica a España, los miembros del Cabildo de Caracas desconocen al entonces Capitán General de Venezuela, Vicente Emparan.

1811.- Se firma el Acta de la Declaración de Independencia de Venezuela.

1821.- Las fuerzas patriotas bajo el mando supremo del General en Jefe Simón Bolívar se enfrentan y derrotan a las del reino de España,

dirigidas por el mariscal Miguel de la Torre, en la Sabana de Carabobo en la denominada Batalla de Carabobo.

1823.- Batalla Naval del Lago de Maracaibo y la toma del Castillo San Felipe de Puerto Cabello. La Independencia de Venezuela fue finalmente reconocida por España.

---

## 2º PERÍODO

### RAZÓN Y LOCURA. SECULARIZACIÓN DE LA LOCURA

#### 2.1.- POSITIVIZACIÓN DE LA LOCURA

1827.- Simón Bolívar deroga la Real y Pontificia Universidad de Caracas por vía de decreto y crea la Universidad Central de Venezuela, así como la Facultad Médica de Caracas.

1828.- *Memorias sobre los nervios de los ganglios cervicales y de los cardíacos, observados en un loco*, uno de los primeros trabajos de investigación realizado por el Dr. José María Vargas referido a la temática alienista.

1831.- *Memorias sobre la Epilepsia*, segundo trabajo de investigación acerca del mismo tópico realizado también por el Dr. José María Vargas.

1862.- Primer Código Civil Venezolano. Se hace referencia a la problemática de los alienados y se instituye la figura jurídica inicial vinculada a su resguardo protegida ahora por el Estado: la curatela. Demente.

1863.- Primer Código Penal Venezolano. Se plantea que el tratamiento que se les debe dar a las personas que cometan un delito en *estado de demencia o delirio* es como inimputable.

1870.- Antonio Guzmán Blanco asume la Presidencia de la República de Venezuela y entroniza el pensamiento positivista como doctrina oficial. En ese mismo año se promulga el Decreto de Instrucción Pública.



1873.- El Código Civil se plantea un cambio en la consideración de los alienados, sustituyendo la curatela por la interdicción y la inhabilitación. Ambas figuras aluden a un régimen de incapacidad que dependiendo del grado de perturbación puede ser de sustitución, de asistencia y de protección. Estado habitual de defecto intelectual o el débil de entendimiento.

---

## 2.2.- MEDICALIZACIÓN DE LA LOCURA

1874.- Guzmán Blanco decretó la creación de la Casa de Beneficencia en Caracas (en el antiguo y extinto Convento de las Dominicas) la cual funcionaría como un Hospital General para *los pobres de solemnidad* que debía contar con un departamento especial para locos.

1876.- Se funda el Asilo Nacional de Enajenados en la población de Los Teques, primer establecimiento creado exclusivamente para el tratamiento de este tipo de enfermos.

1887.- Se promulga el primer documento legal de carácter oficial referido específicamente a los enajenados. El Gobierno del Distrito Federal decreta una *Resolución reglamentando el Asilo Nacional de Enajenados*. (Guzmán Blanco).

1893.- Nace la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas.

1902.- Se creó el Colegio de Médicos de Venezuela. Al interior del Colegio de Médicos se discutieron una serie de trabajos científicos entre los cuales cabe destacar el presentado por el Dr. Pablo Eugenio Lugo con el título de *Sífilis Cerebral*.

1903.-El Dr. Rafael Medina Jiménez expone el trabajo titulado *Necesidad de implantar en Venezuela el estudio de la psiquiatría* como requisito para ingresar a dicho Colegio.

1904.- Dos años más tarde, el Colegio de Médicos se convirtió en la Academia Nacional de Medicina.

1905.- Segundo documento legal de carácter oficial referido específicamente a los enajenados. *Reglamento para la reclusión de*

*atacados por enajenación mental*, publicado en Gaceta Oficial del Estado Zulia para ser aplicado en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo.

1915.- El Código Penal de 1915 incorpora en la normativa jurídica la noción de *enfermedad mental*.

---

## 2.3.- PSQUIATRIZACIÓN DE LA LOCURA

1924.- Es nombrado el Dr. J. F. Torrealba al frente del Asilo para Enajenados de Caracas y plantea una reforma a la asistencia psiquiátrica fuertemente influenciado por las concepciones europeas, principalmente francesas.

1935.- Dictado del primer curso de Psiquiatría Elemental.

1940.- Se instaura la cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela a cargo del Dr. Ricardo Álvarez.

1941.- Nacimiento de la Liga de Higiene Mental en 1941.

1942.- Nacimiento de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología. El Dr. Ricardo Álvarez publica su libro *LA PSQUIATRÍA EN VENEZUELA*, primer documento que recoge los distintos acontecimientos vinculados a esta problemática hasta finales de los años 1930.

1946.- Realización por el Dr. Humberto Fernández Morán de operaciones de Psicocirugía en varios pacientes denominadas *leucotomía prefrontal*.

1949.- Se inaugura en la Universidad Central de Venezuela el primer curso de Postgrado de dos años de duración y el cual se constituye en los primeros estudios de Cuarto Nivel en relación a las distintas especialidades médicas.

1953.- Aparición de los psicofármacos como tratamiento (Cloropromazina) a nivel de los Hospitales Psiquiátricos.

Se comienzan a publicar los Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología.

1954.- Se institucionaliza la enseñanza de la Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia a nivel de Pregrado bajo la modalidad de pasantías.

1961.- La Universidad del Zulia inicia su primer curso de Postgrado en Psiquiatría.

Se conforma el primer Grupo de Estudios Psicoanalítico de Venezuela del cual formaban parte los Drs. W. Hobaica (Francia); M. Kizer (Buenos Aires); A. García, F. Acuña, y J. Araujo (Chile).

1963.- La Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología pasa a denominarse Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

1969.- Se crea el Instituto de Psicoanálisis con el cual comenzó la formación del primer grupo de psicoanalistas que seguirán sus estudios en Venezuela. El Grupo de Estudios Psicoanalítico de Venezuela fue promovido a Asociación en julio de 1969 en el Congreso Internacional reunido en Roma.

1971.- En el Congreso de Viena se reconoce a la Asociación Psicoanalítica de Venezuela como miembro de pleno derecho de la IPA.

1972.- Como consecuencia de la aplicación del Plan Decenal de Salud para las Américas elaborado en la Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Chile, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social traslada el centro de atención de los Hospitales Psiquiátricos a los Servicios Psiquiátricos en Hospitales Generales y Ambulatorios.

1974.- En el marco del XXIII Curso Internacional de Criminología y II Jornadas Venezolanas de Criminología, Franco Basaglia y su esposa Franca visitan Venezuela, específicamente la ciudad de Maracaibo.

1976.- Nace la asociación civil sin fines de lucro **Colaboradores Comunitarios para la Salud Mental (Cocosal)**, adjunta al Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Sur, constituyéndose en el primer referente de la Psiquiatría Comunitaria o Social en Venezuela.

1980.- Jacques Lacan y varios de sus seguidores visitan Caracas a fin de impartir un Seminario.

1990.- Se promulga la Declaración de Caracas. En el marco de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) se plantea la necesidad de la reestructuración de la atención psiquiátrica a partir de la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios proponiendo como alternativa la Atención Primaria de la Salud y el fortalecimiento de los Sistemas Locales adoptados por los países miembros.

1992.- Nace el Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (CATESFAM), propuesta alternativa a la institución asilar. En 1998 se consolida como institución al constituirse legalmente como una Asociación Civil sin fines de lucro y para el año 1999 se hace miembro de la *World Schizophrenia Fellowship*.

2011.- Anteproyecto de Ley de Salud Mental, esperando su discusión y sanción en la Asamblea Nacional.

# ANEXO METODOLÓGICO



SESIÓN DE ENTREVISTA: 1. CATEGORÍA: ENFERMEDAD.		
RELATORA (R): ROSE.		CORRELATOR (C): MARIO GONZÁLEZ.
CATEGORÍAS/MARCAS GUÍAS	LÍNEAS	ENTREVISTA
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>COMORBILIDAD.</b> <b>LÍNEAS 17 – 38.</b>	1	<b>C:</b> Primera sesión de entrevista a Rose. El objetivo a trabajar en este caso son los aspectos relacionados con tu enfermedad.
	2	
	3	
	4	Buenos días, Rose... Quisiera que me comentaras distintos aspectos vinculados a lo que se ha denominado tu enfermedad. A ti, algunos médicos te han definido como una enferma mental, independientemente de la significación que eso tenga, yo quiero saber tu vivencia acerca de ese trastorno que tú has tenido, que tú me has comentado en situaciones anteriores de que has sufrido y quisiera que me explicaras, que me dieras tu percepción acerca de esa enfermedad entre comillas.
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	<b>R:</b> Entre comillas.
	16	<b>C:</b> OK.
	17	<b>R:</b> ¡Buenos días! Mi enfermedad (...) parte del vientre y ee... tensiones altas, altas a mis... a mis 36, 35, 36, 37 años. Ee... intranquilidad, ee... cuando me venía la menstruación me tenía que preparar para emmm porque tenía que estar acostada los seis días, éste... me... me venía las menstruaciones con mucha dolencia y muchos coágulos... emmm... yo pensaba que la... eso era... este... mi... que, que estaba... muy mal... hasta llegué a pensar que tenía cáncer. Fui para la sociedad anticancerosa, me practicaron la citología, la doctora me regañó... por estar tan bien y yo no les creí para nada, seguí frecuentando ee... (hace breve pausa) ... este... ginecólogos; y mi ginecólogo M emm... me dijo que no, que yo no presentaba ninguna enfermedad, que estaba perfecta y... porque yo le pedí a él que me operara porque yo no quería ver más menstruaciones por el problema del dolor de la cabeza y las subidas de tensiones, entonces, ... cambié de médico y me fue mal ... o sea ... peor, me fue peor; me sentí peor y de allí
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	
	29	
	30	
	31	
	32	
	33	
	34	
	35	
	36	
	37	
	38	
	39	







<b>CATEGORÍA:</b> <b>HOSPITAL PSIQUIÁ-</b> <b>TRICO.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>DIMENSIÓN NO TERA-</b> <b>PÉUTICA.</b> <b>LÍNEAS 122 – 128.</b>	123 124 125 126 127 128 129 130	ver todo, de oír gritos, de escuchar que habían puesto vallenatos en la sala, en el comedor, mi sala de estar de allí; de ese piso y... y cu- ando... las camas eran de puro hierro y un colchón muy fino como de un, como de un centímetro donde me dolía más la, la columna y yo me quejé y <b>me dijeron que me iba a</b> <b>amarrar</b> (enfátiza la palabra).
<b>CATEGORÍA:</b> <b>HOSPITAL PSIQUIÁ-</b> <b>TRICO.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>INVOLUNTARIO.</b> <b>LÍNEAS 128 – 130.</b>	131 132 133 134 135 136 137	<b>C:</b> OK, pero no quiero que hablemos de tu estadía en el hospital psiquiátrico, porque eso lo vamos a tratar en un punto aparte, quiero que me sigas hablando específicamente de tu enfermedad. Por ejemplo: ¿Cuándo es que te diagnostican a ti el médico como enferma mental?
	138 139 140 141 142 143 144	<b>R:</b> Cuando él me llevó, la internista, la gas- troenterólogo y me dijo: que yo había sufrido un shock y por eso era que (hace una pausa breve) me había enfermado de los nervios, que eso lo tenía que indagar él a través de la (emmm...) como se llama: de las terapias.
	145	<b>C:</b> ¿En alguna fecha en particular?
	146	<b>R:</b> Emm...
	147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164	<b>C:</b> ¿Te recuerda algún día, alguna fecha, al- gún suceso?
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>COMORBILIDAD.</b> <b>LÍNEAS 153 – 168.</b>		<b>R:</b> Yo creo, yo creo que eso fue hace como hace como seis años o un poquito más, un poquito más, yo creo hace como años que... eh... yo estaba, yo estaba, o sea... de-primi- da, estaba deprimida y temblaba mucho y no e... es... estaba emmm... Javier mi yerno lo descubre porque me ve temblando, intran- quila, me movía, me sentaba, me acostaba, temblaba me, me, me como loca, me a... arrecostaba a la pared y subía los brazos y pedía al señor que me quitara este malestar, que no lo aguantaba y caminaba y, y corría y entonces de allí no dormía, no dormía, soñaba puras pesadillas, soñaba siempre con sangre, soñaba que me violaban, soñaba que...que ... que los muertos me venían a buscar ; soñaba mucho, mucho, mucho, muchas cosas que

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 175 – 187.**

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS: 188 – 214.**

165 que... extrañas, cosas este... cómo te digo  
166 yo...que no existen pues, cosas que no exis-  
167 ten, este... veía cosas, veía cosas en los sue-  
168 ños... no, no en..., el doctor me preguntaba  
169 que si yo hablaba sola. No doctor, nunca he  
170 hablado sola, porque él me dijo: si usted habla  
171 sola, entonces, sí, sí, sí está enferma mental,  
172 porque yo no la considero que...que usted  
173 está enfer... que esté una enfermedad mental,  
174 puesto a que usted me responde claramente a  
175 todas mis preguntas, lo que tiene es, que usted  
176 tuvo un shock en su vida o varios que la...le  
177 hicieron eh... que usted se deprimiera.  
178 **C:** ¿Eso te dijo el psicólogo, el psiquiatra?  
179 **R:** El psiquiatra, el doctor V, eh... el... que  
180 esos shock la llevan a recordar mucho sí,  
181 él me ayudó a olvidar mi pasado con tantas  
182 terapias que me hizo, este... él me ayudó a  
183 olvidar mi pasado mi historia, eh...ya cuando  
184 terminamos, terminábamos las terapias, me  
185 dijo que había sido el maltrato que tuve de mi  
186 niñez y el maltrato que tuve de casada (hace  
187 una breve pausa) fui muy maltratada y yo,  
188 de por mi parte, digo que fue en el momento  
189 del post-operatorio, porque cuando eh... me  
190 iban a llevar a pabellón eh..., le agarré la  
191 mano a mi médico y le dije: D, no me vayas  
192 a abandonar, porque presiento que algo malo  
193 me va a pasar; entonces, tranquila que no te  
194 va a pasar nada; me contestó y, en el pabellón,  
195 cuando vi el pabellón me puse nerviosa y no  
196 lo veía a el, y pedí que por favor (pronuncia  
197 así la palabra) antes que me durmiera que él  
198 estuviera ahí conmigo, entonces, lo llamaron  
199 y le dije: dame la mano, me la apretaste, cu-  
200 ando esté dormida ok, me sueltas, ve a ver; te  
201 cambias, porque todavía estaba vestido de...  
202 vestido, no tenía la, él, el trajecito de médico  
203 y bueno, cuando reaccioné al... de... cuando  
204 volví de la operación sentí demasiado dolor y  
205 mucho calambre desde la, desde la parte lum-  
206 bar hasta los pies, mucho calambre eh... el  
207 colon se me estresó, porque eso fue lo que él

**MARCA-GUÍA:  
COMORBILIDAD.  
LÍNEAS 225 – 232.**

208 se me formaron unos pelotones en mi vientre  
209 cua... yo no tenía nada de vientre ni, ni, ni de  
210 nada; el abdomen, todo planito; planito, pla-  
211 nito parecía que nunca había parido y cuando  
212 yo me vi eso me, me asusté, yo no sabía  
213 qué era y, y pedí que lo llamaran y él vino  
214 y me dijo: lo que paasa (pronunciada de esta  
215 manera) es que para sacarte el útero hay que  
216 sacar el colon y estás estresada, o sea, cómo  
217 se estresa una persona es lo que no entiendo  
218 dormida, anestesiada, pues no entiendo, ya  
219 ese estrés venía, entonces, él me acomodó el  
220 colon con las manos y (hace una pausa) listo,  
221 se fue. Luego, fue que me paralicé toda y la  
222 enfermera me tuvo que hacer este... un ejer-  
223 cicio para que, para que me pudiera mover  
224 y, entonces de allí rechacé los puntos y me  
225 inyectaban Celestón, fue allí donde empecé  
226 a sufrir de los nervios, que empecé a llorar,  
227 y a llorar y a llorar y a... una depresión te-  
228 rrible, horrorosa, que yo oía voces, oía, oía  
229 voces este... la depresión no, no me dejaba  
230 caminar, no me dejaba salir de mi habitación,  
231 todos me iban a visitar y se sentaban conmigo  
232 en la cama y a veces que no les ponía atención  
233 a lo que hablaban y todo fue, yo digo que a  
234 consecuencia de la anestesia, consecuencia de  
235 la anestesia y de la, de ese Celestón que me  
236 inyectaron por un mes para nada, porque me  
237 tuvieron que volver a operar al mes y medio  
238 para resuturarme, cuando me resuturaron otra  
239 vez, lo volví a rechazar, allí me, me, allí estuve  
240 que no me daban vida; todo, todo los signos  
241 vitales, todos estaban por el suelo y no quería  
242 comer, no me quería alimentar, no me pasaba,  
243 no me rodaba la comida, o sea perdí el apetito  
244 y la agarré por fumar, y fumar, y fumar, y fu-  
245 mar y luego eh... después de, de diciembre  
246 me operaron en abril por última vez, que fue  
247 que me suturaron con la sutura que se deshace  
248 en el cuerpo y sanseacabó, ahí se terminaron  
249 los tumores que reproducían esos puntos que  
250 son hechos de animales de cola de, de rata, de

**MARCA-GUÍA:  
COMORBILIDAD.  
LÍNEAS 272 – 284.**

251 gato por eso era que este... los rechacé, porque  
 252 a mí cuando ... me colocaron un aparato vagi-  
 253 nal para no salir embarazada, lo rechacé; eso  
 254 fue en Inglaterra,... lo rechacé ...totalmente  
 255 ... una señora me dijo que yo rechazaba que  
 256 ... (problemas con la grabadora) en mi cuerpo  
 257 que no .... soportaba algo extraño.  
 258 **C:** Es decir,... (Problemas con la grabadora)  
 259 la causa de tu situación, la que te plantea el  
 260 Doctor tiene que ver con los maltratos que  
 261 habías sufrido en tus años anteriores o es pro-  
 262 ducto de la situación traumática que te generó  
 263 post-operatorio de las tres intervenciones que  
 264 te realizaron,  
 265 **R:** No la que dice el doctor. Sí, sí, sí; ellos  
 266 (pausa breve) este... bueno el doctor V me  
 267 decía que yo no estaba loca como decían mis  
 268 hijos, que lo que estaba era enferma, lo que  
 269 estaba era enferma porque cuando me ope-  
 270 raron... (Interviene el investigador).  
 271 **C:** ¡Perdón! ¿Enferma de qué?  
 272 **R:** Enferma, enfer... enferma de, de los  
 273 nervios me hacían enfermar todos los órga-  
 274 nos; especialmente el estómago y es cierto,  
 275 porque cuando yo estudiaba, que tenía exa-  
 276 men de matemáticas, me daban diarreas por  
 277 los nervios y, (hace pausa) él dice que, que  
 278 los nervios me atacan mucho el estómago y,  
 279 este las manos; Mario los, los brazos me tiem-  
 280 blan mucho; las manos, el cuello me tiembla  
 281 mucho, el cerebro con, con los músculos me  
 282 tiemblan; a veces, veo estrellitas; a veces se  
 283 me mueve mucho el ojo derecho, los múscu-  
 284 los.  
 285 **C:** Pero, podemos decir, que fue a raíz de sus  
 286 operaciones, del post-operatorio que tú co-  
 287 menzaste a escuchar voces.  
 288 **R:** Sí, sí.  
 289 **C:** Y a partir de allí es que tú crees que co-  
 290 menzaste a sentirte distinta, con unos nuevos  
 291 síntomas.  
 292 **R:** ¡Ajá!

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 308 – 316.**

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 326 – 345.**

293 C: Es decir, antes podíamos decir que eras  
294 nerviosa, pero que ahora estás comenzando a  
295 escuchar voces.  
296 R: Sí.  
297 C: Según lo que tú me dices.  
298 R: Sí, sí, sí porque antes de la operación nos  
299 fuimos a bailar una vez eh..., nos fuimos todo  
300 el grupo estábamos con Javier y, y el primo de  
301 el Jesue y, y Pacho y estábamos todos bailan-  
302 do y se me fueron las piernas; cuando se me  
303 fueron las piernas al otro día amanecí que no  
304 podía caminar fue cuando le dije a D: o me  
305 operas o que hago lo que te dije; entonces, ya  
306 no puedo caminar D, entonces me dijo: Bue-  
307 no, vamos para operarte y creo que me operó  
308 miércoles eso fue, y cuando lo llamé, lo llamé  
309 un domingo. Esteee... ummm... te digo que  
310 los nervios me enferman cuando recibo una,  
311 una mala noticia o hay un enfermo, hay un  
312 enfermo que no, veo que no puedo hacer nada  
313 por ese enfermo, veo que no se puede hacer  
314 nada por ese enfermo; a quien yo amo este...  
315 comienza el temblor, comienza la tensión a  
316 subirse y comienzo a sentirme mal.  
317 C: Pero eso es distinto al otro tipo de trastor-  
318 no que tú me señalas de que escuchabas vo-  
319 ces; qué otras cosas sentías distintas además  
320 de escuchar voces.  
321 (Presente una pausa).  
322 R: Otras cosas (hace una pausa).  
323 C: ¿Veías cosas?  
324 R: No, no veía cosas; pensaba muchas cosas  
325 Mario, pensaba muchas cosas malas; siempre  
326 pensando cosas malas: que me iba a morir,  
327 que... pensaaaba que... que bueno, que vivía  
328 mal en mi casita, lo único que me tranqui-  
329 lizaba era que mis hijas estaban bien mas  
330 no el varón, porque el varón ha tenido muy  
331 mala suerte; siempre lo despiden o quiebra  
332 la empresa y eso, entonces, me pone depri-  
333 mida (hace una breve pausa)... eso me pone  
334 deprimida. ¡Sí sufro de depresión nerviosa!  
335 Sí sufro, porque esteee... sobre todo cuando

**MARCA-GUÍA:  
COMORBILIDAD.  
LÍNEAS 367 – 379.**

336 Marcelo bebe, que me llega borracho; me, me  
337 deprime.  
338 **C:** Marcelo, ¿es?  
339 **R:** Mi marido...  
340 **C:** ¡Tu esposo!  
341 **R:** Este... Marcelo cuando bebe que llega  
342 hablando duro, este... que llega reclamán-  
343 dome cualquier cosa, yo me pongo asustada;  
344 **¡Me asusto! Me asusto porque ... este... me**  
345 **asusto** (sube su tono de voz, acentuando la  
346 frase) y no debería de asustarme porque creo  
347 que no me va a agredir, porque él no lo hace, y  
348 si lo hace, bueno, me lo hará mientras yo trate  
349 de, de escaparme, de agarrar la llave y salirme  
350 para casa de mi amiga (hace una breve pausa)  
351 salirme, salirme a la calle y, y meterme en  
352 casa de, de una de mis dos amigas que viven  
353 en la misma cuadra nooo... cuando no está mi  
354 hijo, porque cuando está mi hijo él no se pone  
355 con esas cómicas, pero él me enferma, él me  
356 enferma, me pone mal, me pone triste; que yo  
357 soy tan alegre, yo soy muy alegre me despierto  
358 y es... viendo que, qué se va a hacer, si hay  
359 que salir; se sale a hacer lo que se va a hacer,  
360 estoy siempre en todas las cosas del hogar;  
361 en ayudarlo a él, en ayudar a mis hijos ... en  
362 todo, estee... sí, me duele la cabeza y son... y  
363 se reflejan en varias partes; varían, como que  
364 si caminaran, me duele... a veces por la nariz,  
365 a veces me duele por acá: lo que llaman la  
366 sien verdad, por acá este... ah... y lo peor es  
367 que sufro del maxilar, eso me duele ¡terrible!,  
368 ¡terrible! si no tomo el, el tranquilizante, no  
369 el antidepresivo, porque ya el antidepresivo  
370 como ya superé la depresión con tanta terapia,  
371 ya ellos me enseñaron a vivir ellos, digo ellos,  
372 porque son... fueron dos psiquiatras que me  
373 trataron, el Doctor V y el Doctor R. Estee...  
374 el, el dolor de cabeza me varía, mas el dolor  
375 del maxilar no, siempre ... permanezco con  
376 el dolor y tengo que tomar el, el tranquilizante  
377 para tranquilizar el maxilar porque me duele  
378 demasiado Mario, eso es un dolor terrible y

379	yo no puedo estar tomando calmantes a diario
380	porque entonces, ¿qué va a pasar?, que ya va
381	haber un, un tiempo en que no me va a hacer
382	efecto como una vez que yo sufrí de, de es-
383	treñimiento, que botaba sangre antes que los
384	ingleses me operaran, estee... yo me tomaba
385	hasta seis cosmel y, y nada que se me aliviaba
386	el dolor.
387	<b>C:</b> Quisiera precisar sobre tu enfermedad.
388	¿Cuándo tú crees que te comienzas a sentir
389	mal de los nervios, como tú dices; o depre-
390	siva, o como enferma mental? Y qué diferen-
391	cia hay de ese momento que tú te sientes así,
392	al momento en que algún médico te cataloga
393	como enferma mental.
394	<b>R:</b> Sí.
395	<b>C:</b> ¿Cuándo te lo dice exactamente?
396	<b>R:</b> Exactamente, en la tercera operación que,
397	como te dije antes se me... eh..., perdí el apetito
398	y casi no me alimentaba y él me veía delga-
399	dita y me dijo: yo no te puedo operar porque
400	ya eee... había, había, hubo un disgusto entre
401	los tres cirujanos y, este... me quedé con el
402	Dr.Ch, que él es profesor de postgrado de la
403	Universidad del Zulia, Ch me dijo: yo te voy
404	a operar, te voy a tratar, pero que yo solo que
405	D no te vea, y...estee... cuando Ch me opera
406	él me despierta y me regaña (enfatisa la pal-
407	abra) y me dice que lo había hecho trabajar,
408	que por lo menos me había sacado los granu-
409	lomas que son las pelotas donde se forma el,
410	el cayo donde se forma el punto cuando se
411	rechaza, cuando se infecta, él me quitó todo
412	eso, me resuturó toda y me colocó los puntos
413	esos, esos que trajo, fueron importados de los
414	Estados Unidos, me regañó y cuando estuve
415	hospitalizada me dijo: tú sufres de los nervios,
416	Rose, tú sufres de los nervios y debes ir para
417	que el psiquiatra porque... este... como... tu
418	cuerpo está sano.
419	<b>C:</b> ¿Fuiste a un psiquiatra?
420	<b>R:</b> Fui a un psiquiatra.
421	<b>C:</b> La primera vez.



**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
CUANTÍA DE MÉDI-  
COS.  
LÍNEAS 437 – 441.**

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 463 – 469.**

422 **R:** Y el psiquiatra, entonces, este... cometió  
423 un error, porque me vio con, con unamm-  
424 mmmm... con un uñero, le mostré un uñero  
425 que no se me quería quitar jamás, y me dijo:  
426 eso es una infección, esa enfermedad no...  
427 eh... no, usted no es hipocondríaca porque  
428 me está hablando de amibiasis y tenía amibia-  
429 sis (aclara) y esa es una infección y eso no lo  
430 crea la mente, y el uñero no lo crea la mente  
431 y tiene la conjuntivitis que a todo el mundo  
432 se le quitó y a mí no se me quitaba y me dijo:  
433 Eso no lo crea la mente, eso es una infección,  
434 usted lo que está es enferma y sáquese el estu-  
435 dio de las defensas, porque usted lo que tiene  
436 son las defensas bajas entonces, fui otra vez a  
437 consulta con Ch y Ch se puso bravo y tiró la  
438 orden del, del psiquiatra de... ese, ese fue el  
439 de la clínica Falcón ese, se A... no recuerdo  
440 el nombre, el Dr. A (se aclara la garganta),  
441 él dijo: Cómo es posible que él diga eso, si  
442 toy... estoy seguro de que tú estás enferma de  
443 los nervios, entonces, él me cura, ¡Verdad!,  
444 Ch me cura de todo lo que era e... este...de  
445 todo lo que era mi cuerpo, mi operación, mi  
446 post-operatorio, me dijo: Ya no, no te quiero  
447 ver más por aquí, ya te di de alta; ahora lo  
448 que sí vas a buscar es otro psiquiatra porque  
449 sufres de los nervios, eso me lo dijo Ch eh...  
450 y me lo aseguró, entonces, eeee... fui a otro y,  
451 me dijo que, que yo era hipocondríaca y yo le  
452 dije: Yo no soy hipocondríaca porque yo no  
453 soy masoquista, yo no soy estúpida, yo no soy  
454 tan gafa, tan boba en crearme enfermedades  
455 cuando yo las odio y yo las rechazo, no estoy  
456 de acuerdo con usted.  
457 **C:** Es decir, ¿no estabas de acuerdo con el  
458 diagnóstico del psiquiatra que te vio inicial-  
459 mente?  
460 **R:** Sí, sí.  
461 **C:** ¿Para ti, qué crees que era lo que te pasaba  
462 entonces?  
463 **R:** Que eran nervios, entonces sí eran, pero  
464 no creados por mí ... no creados por mí, eso

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN PERCEP-**  
**CIÓN FAMILIAR.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PERSONAS SABIAS.**  
**LÍNEAS 470 – 473.**

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 475 - 491.**

465 fue a consecuencia de, de ... yo decía que  
 466 era (breve pausa), que era de mi mal., de los  
 467 malos tratos que tuve en mi matrimonio dije y  
 468 cuando me operaron, fue entonces allí cuando  
 469 hubo como un volcán que explotó, entonces,  
 470 este... (hace una pausa) eh... después cuando  
 471 me agravé Javier... me, me sugirió eso de la  
 472 doctora C y, bueno ... y esa vez me salvaron,  
 473 porque me vieron las internistas, las gastro-  
 474 enterólogos y el psiquiatra y esa vez me sal-  
 475 varon, masss... los medicamentos, los psico-  
 476 trópicos; todos me cayeron mal, toodos, en  
 477 absoluto toodos, cuando; es más, en el post-  
 478 operatorio de la tercera operación me, este...  
 479 me recetaron uno que cayó tan mal que...que  
 480 sentía que en el cerebro tenía un ventilador,  
 481 un helicóptero, me, me, me giraba muy duro  
 482 él, el, el cerebro yo decía: esto es un veneno lo  
 483 que me pusieron y no lo tomé más, no lo tomé  
 484 más, entonces, cuando el doctor V mee... ee..  
 485 receta el antidepresivo, el tranquilizante, el  
 486 tranquilizante y, y las pastillas para dormir,  
 487 este... yo me sentía Mario que yo no podía  
 488 levantar y tenía que caminar arreguindada de  
 489 las paredes para no caerme, se me pegaban  
 490 unos.... Los rechazaba tanto, que parecía que  
 491 me estaban desprendiendo.

492 **C:** Rose, quisiera que me precisaras algo.  
 493 ¿Desde cuánto tiempo hace que a ti te diag-  
 494 nosticaron como enferma mental? Es decir,  
 495 ¿en qué fecha que el médico te dijo que tenías  
 496 que ir a un psiquiatra al día de hoy? ¿qué  
 497 tiempo hace de eso?

498 **R:** Eso fue (hace una pausa) en el año 1992,  
 499 el doctor Ch me diagnosticó que esta..., que  
 500 estaba enferma mental; eso hace, ¿cuántos  
 501 años Mario?

502 **C:** Hace 16 años.

503 **R:** 16 años.

504 **C:** Va para 17.

505 **R:** Va para 17 años. Este... él es muy buen  
 506 médico y bueno, y... los psiquiatras igual, di-  
 507 jeron lo mismo este...

**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS: 521 – 548.**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**OTROS AGENTES SOCIALES.**  
**LÍNEAS 549 – 555.**

508 C: Quiero recapitular algo, si yo trato de reco-  
 509 ger de tus palabras cuáles serían las causas de  
 510 esta situación de anormalidad, de desajuste  
 511 que tú pasaste, me estás refiriendo dos cosas  
 512 en particular; uno: la situación que tú viviste,  
 513 de maltrato cuando eras pequeña, cuando  
 514 estabas con tu hogar; inclusive, hoy en día  
 515 cuando llega tu esposo ebrio; esa situación  
 516 más la situación post-traumática que te gen-  
 517 eró el postoperatorio de la operación que te  
 518 realizaron, ¿Es eso así? Eh..., tú crees que hay  
 519 algo más que podemos vincular a las causas  
 520 posibles de la situación en que te encuentras.  
 521 R: Bueno Mario,... hay tantas cosas ah.... He  
 522 pasado tantas cosas extrañas, muchas cosas  
 523 extrañas que, que mis psiquiatras no lo apro-  
 524 baron; no lo aprobaron.  
 525 C: ¿Como cuáles?, ¿como cuáles?  
 526 R: Como cosas, daños, trabajos eh... de he-  
 527 chicería.  
 528 C: ¡Ah ya!, explícame eso; explícame eso.  
 529 R: Porque, por eso escuchaba las voces, las  
 530 voces que... cuando me gritaban que me iban  
 531 a matar, eh... me despertaban, eh... yo le  
 532 contaba a, a esos dos psiquiatras y ellos me  
 533 decían: bueno, nosotros. Cada uno me con-  
 534 testaba: yo no creo en eso, pero sí tengo un  
 535 amigo que es psiquiatra que trabaja el espi-  
 536 ritismo y yo le dije no, yo no quiero mezclar  
 537 la medicina con el espiritismo no quiero, no  
 538 quiero no, eh... pero hablando de, de del otro  
 539 médico que... (una breve pausa) me diagnos-  
 540 ticó la conjuntivitis como una enfermedad es-  
 541 teemmm... como se llama (hace una pausa e  
 542 interviene investigador )  
 543 C: Visual.  
 544 R: Infec... infecciosa, o sea, esa conjunti-  
 545 vitis me dolió muchísimo. Mario me, me,  
 546 me aseaba también, llevaba el tratamiento y  
 547 nada; un día un enamorado de mi vecina me  
 548 dijo que... yo... eh... él trabaja las cosas esas  
 549 de las ciencias ocultas, este... por cierto espa-  
 550 ñol; eh... ese español me llevó a casa de una

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**OTRAS TÉCNICAS.**  
**LÍNEAS 558 – 570.**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**OTROS AGENTES SOCIALES.**  
**LÍNEAS 577 - 579.**

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**OTRAS TÉCNICAS.**  
**LÍNEAS 579 – 615.**

551 colombiana y la colombiana, la colombiana  
 552 fumaba tabaco eso es lo que más recuerdo y,  
 553 cuando ella me vio eh... le dijo a, al español  
 554 estee... esta, esta muchacha está enferma, la  
 555 trabajaron para matarla eh... y esa conjun-  
 556 titivitis que tiene no es natural, eso es un es-  
 557 píritu que ella le pusieron ah.. a ella para que  
 558 sufriera, para que se muriera, entonces, y...  
 559 si quiere yo le fumo el tabaco para que se le  
 560 quite. Entonces, yo le dije a José Ramón, al  
 561 español, le dije: Bueno, si se me va a quitar,  
 562 que lo haga porque yo no creo, pero, pero sí  
 563 me voy a curar, que lo haga; entonces, ella...  
 564 este... me asombré, porque fumaba el tabaco  
 565 y me echaba el humo en los ojos y cuando  
 566 eso yo no usaba lentes y me dolía y yo decía:  
 567 Dios mío qué está haciendo esta mujer y qué  
 568 estoy haciendo yo, pero (breve pausa) ... ya  
 569 estoy aquí... ssss que pase lo que dios qui-  
 570 era y sanseacabó, se me quitó la conjuntivitis,  
 571 inmediatamente se me quitó, inmediatamente  
 572 ella hizo eso pues, le dijo a José Ramón: lo  
 573 que ella tiene, yo no se lo puedo sacar, porque  
 574 si se lo saco me muero (énfasis en la palabra)  
 575 porque ella está trabajada con magia negra;  
 576 con Vuru iii... estee...(breve pausa) fui a la  
 577 doctora Cb que...dicen que se levanta, eh...  
 578 bota agua de rosa por las manos, si la bota,  
 579 porque yo le he visto botar agua de rosa por  
 580 las manos y me ha bañado, con esa agua me  
 581 trató y, cuando me trató ella se enfermó; ella  
 582 se enfermó, tuvo una semana en cama, ori-  
 583 nando sangre me dijo que: no me le volviera  
 584 a acercar nunca más, me dijo y... esto...  
 585 (pausa) cuando me trató en la clínica D' Em-  
 586 paire ... se oyeron, se escucharon golpes muy  
 587 feos como si tiraran cosas; tal cual como la  
 588 película del exorcista y caían cosas. Ella me  
 589 dijo que no abriera los ojos, yo no los abrí,  
 590 por si acaso no cuando... se terminó eh el  
 591 show digamos así, ella comenzó a recoger to-  
 592 das las cosas que habían tirado y sacó un ojo;  
 593 un ojo que decía: te tenemos vigilada, este...

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTROS AGENTES SOCIALES.  
LÍNEAS 615 - 620.**

594 cosa que te saquen; cosa que te volvemos a  
595 poner, un paño eh... umm... un paño de un  
596 producto que se llama gino... gino... ginodi-  
597 an creo, que decía en el paño: te queremos ver  
598 muerta, hasta que no; hasta que no te vuelvas  
599 loca y te quites la vida no vamos a estar tran-  
600 quilos eh... este... sacó un cepillo dental con  
601 un agua mala, yo conozco el agua mala y ella  
602 me preguntó que si sabía lo que era eso y yo  
603 le dije sí, esa es un agua mala, eso es mi amor  
604 para que te vuelvas loca y te quites la vida,  
605 eso es para que sufras del maxilar, y yo sufro  
606 del maxilar (aclara) horriblemente y... no sé  
607 qué otras cositas sacó la doctora Cb este... el  
608 asunto es que ella me, me prohibió que la  
609 siguiera frecuentando que ella no me iba a  
610 tratar más; que ella no podía con lo que yo  
611 tenía; luego visité otra allí en la D' Empaire  
612 y me vio fuera del consultorio y... me dijo:  
613 tu enfermedad no es natural y aquí yo no te  
614 la puedo quitar porque me botan de la clínica  
615 y... bueno, así sucesivamente eh... Había un  
616 cubano que me cuidaba y me protegía decía él  
617 con mis sobrinos y... el asunto fue que él me  
618 cuidaba para que no me quitaran la vida, eh...  
619 tra... quitando eso no, este... Porque ella; eso  
620 fue un atraco que hubo en la casa, de un ami-  
621 go de mi hermana que iban a, iban saliendo en  
622 esos momentos en una, en una ... (pausa) en  
623 una camioneta ...(pausa) no es Cherokee  
624 WAGONEER; es una WAGONEER se fue-  
625 ron a buscar; iban a buscar a mi mamá y le  
626 llegaron los cuatro tipos y.... le quitaron las  
627 llaves de la camioneta, la cartera y más; cuan-  
628 do lo fueron a registrar él, él usa la pistola a  
629 un lado y cuando lo fueron a registrar apretó  
630 el brazo contra la pistola y no se la sintieron,  
631 entonces... (interviene el investigador)  
632 **C:** ¿Quién es él?  
633 **R:** Él era el amigo de Yudith, de mi hermana,  
634 entonces, él ... agarró y... eh... y lo, lo gol-  
635 pearon muy duro que le partieron el tabique  
636 de la nariz ...(breve pausa) y, y le ...dieron,

637 le, le introdujeron un chuzo por la parte de, de  
 638 debajo de la cintura del costado y... eso me lo  
 639 cuenta Yudith porque la soltaron y Yudith ...  
 640 (breve pausa) entró porque yo había dejado la  
 641 puerta de la sala abierta y ella me cuenta todo,  
 642 yo le dije: pero bueno, Renato está entregan-  
 643 do todo, sí, pero lo están golpeando porque  
 644 no pueden prender la camioneta, porque él le  
 645 tenía una trampa ...a la camioneta, entonces,  
 646 él, él como pudo se, se salió de allí y... cuan-  
 647 do él se sale el ladrón viene y le dispara (hace  
 648 una pausa)... le dispara (aclara) que... él era  
 649 guajiro, guajiro-colombiano por eso viene  
 650 la...el trabajo sucio; el trabajo guajiro este...  
 651 empezó a dispararle, y vino Renato y como  
 652 pudo se defendió, sacó su pistola y disparó a  
 653 la pierna no se tranquilizó, me dijo el comisa-  
 654 rio de la PTJ que era porque estaba full de  
 655 cocaína, taba repleto de cocaína y qué iba a  
 656 hacer tiro y qué iba nada; él lo que quería era  
 657 la camioneta porque los otros tipos le decían  
 658 que se viniera y él decía: no, hasta que no lo  
 659 mate, no me voy; entonces, Renato le disparó  
 660 la otra pierna y tampoco se quedó tranquilo  
 661 cuando ya él venía para adentro; el ladrón; me  
 662 cuenta Renato que ya él venía donde él estaba  
 663 porque él se acostó en mi jardín cerca aaa...  
 664 eh... debajo de una palma que yo tenía allí,  
 665 este... vino y le disparó al corazón.  
 666 Y el hombre logró caminar; caminó dos casas  
 667 y allí cayó; cayó todavía vivo (aclara) dicen  
 668 los PTJ que cayó por inercia porque estaba  
 669 muy borracho y muy; estaba drogado este...  
 670 entonces, la hermana me dijo que yo había  
 671 sido la culpable porque la mujer del lado es  
 672 una chismosa y le dijo que yo era amante del  
 673 muerto y era amante del dueño de la camio-  
 674 neta y el dueño (acelera su tono de voz) de la  
 675 camioneta por celos lo había matado, enton-  
 676 ces, la mujer dijo: que yo tenía que pagar cada  
 677 gota de la sangre del hermano con dolor; que  
 678 hasta que no me volviera loca ella no iba a es-  
 679 tar tranquila y hasta que no me quitara la vida,

**CATEGORÍA:**  
**EMFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 676 – 689.**

680 ella no iba a estar tranquila, entonces bueno,  
 681 esto... que me iba a quedar arruinada, todos  
 682 los corotos se me echaron a perder; todos,  
 683 todos; no hubo nada que no quedara bueno,  
 684 nuevo; todo se echó a perder, todo se rompió  
 685 y tuve que alquilar la casa e irme para casa de  
 686 mi mamá y bueno, en el año ese que cayó 6,  
 687 6, 6 verdad: el día 6, el mes 6, el año 66; ese  
 688 día tuve un disgusto con mi marido y... decidí  
 689 envenenarme.  
 690 **C:** En 1966  
 691 **R:** De 1966.  
 692 **C:** Es decir, 1966. ¿Cuántos años tenías para  
 693 esa fecha?  
 694 **R:** ¿Yo?, (hace una pausa)...  
 695 **C:** Sí.  
 696 **R:** No sé, este... 1966.  
 697 **C:** Porque dijiste que...  
 698 **R:** Ya va; 1966 es muy lejos, es muy lejos  
 699 (hace una pausa)... ahora, en el 2006.  
 700 **C:** 6, 6 del 2006.  
 701 **R:** Del 2006, esa sí es la fecha. Quee... me  
 702 tomeé las dos... el tratamiento, me tomé  
 703 unas pastillas y no logré, no logré tomarme  
 704 las demás porque mi vecina me descubrió  
 705 y llamó a mi familia y no me dio tiempo de  
 706 tomármelas.  
 707 **C:** ¿Me podrías recapitular eso? ¿Por qué lle-  
 708 gaste a esa decisión?  
 709 **R:** Porquee, sabi... yo, ajá; eso es muy impor-  
 710 tante para tu tesis, porque yoo decía que no me  
 711 iba a curar, que los mejores médicos de aquí  
 712 de Maracaibo no me, no me curaban con sus  
 713 medicamentos, que sigo temblando, que si-  
 714 goo..., que me sigue el dolor del maxilar, que  
 715 me sigue el dolor del vientre y que si no nada  
 716 me curaba bueno, era mejor quitarme la vida,  
 717 porque yo no quería seguir sufriendo que me  
 718 había sometido a una operación donde mi, mi  
 719 matriz estaba bien, mis trompas estaban bien,  
 720 mis ovarios estaban bien yyy Ch me dijo: te  
 721 esculqué toda y no hay un organismo como  
 722 el tuyo, y no hay un organismo como el tuyo

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 709 - 729.**

<b>MARCA-GUÍA: COMORBILIDAD. LÍNEAS 757 - 762.</b>	723	que cicatrice tan rápido, tan bien esteee...
	724	cuando pensé en todas esas cosas eee...dije:
	725	no no tengo remedio; la ciencia no me cura,
	726	los médicos son tan buenos y no me curan lo
	727	mejor es que me quite la vida (acelera su tono
	728	de voz) porque yo no quiero seguir viviendo
	729	con dolores.
	730	<b>C:</b> ¿Eso fue el 6, 6 del 2006?
	731	<b>R:</b> Del 2006 (enfatisa la frase).
	732	<b>C:</b> ¡Ok!
	733	<b>R:</b> Síi.
	734	<b>C:</b> ¿No has tenido en ningún otro momento
	735	una situación que te haya llevado a ese ex-
	736	tremo?
	737	<b>R:</b> Nooo...
	738	<b>C:</b> ¿Únicamente fue esa oportunidad?
	739	<b>R:</b> Umm...únicamente fue esa oportunidad,
	740	mi doctor, cuando eso fue (hace breve pausa)
	741	estaba todavía con las terapias del doctor V
	742	antes de dar, de darme el, el que me dio de
	743	alta me dijo: bueno, señora Rose, ya llegamos
	744	hasta aquí (breve pausa) ahora esteee sabe lo
	745	que debe hacer, pero (breve pausa) eee...no
	746	sé en qué tiempo y por qué razón (hace una
	747	pausa) volví a caer en mi enfermedad. Sí, fue
	748	por el estómago que me enfermé de amibia-
	749	sis otra vez, fueron los medicamentos que me
	750	hicieron a, me llevaron otra vez a la consulta
	751	con el doctor R que es muy conocido aquí y
	752	todo el mundo dice que es una eminencia, este-
	753	ee... me volví a aaa..., me volví a deshidratar
	754	con los medicamentos para los parásitos, me
	755	volví a echar a perder (pausa) y estuve como
	756	un mes en casa de Javier y de Adriana, de mis
	757	hijos (pausa) ... yy yo ... sabía que me iba
	758	a morir porque sentía ya el corazón quee...
	759	como si se me fuera a salir por la espaalda
	760	y me levan... y ya no podía caminar, me iba
	761	de lado, cuando caminaba, me iba de lado,
	762	entonces ee... oraba, yo oraba, y le oré al se-
	763	ñor y le dije que me presentara el médico que
	764	me podía salvar yy, a Marcelo, a mi marido
	765	le recomendaron al doctor R y me llevooó;



**MARCA-GUÍA:  
COMORBILIDAD.  
LÍNEAS 766 - 772.**

766 cuando me llevó eso fue terrible puro llanto  
767 llorar y llorar y, y no podía ni siquiera sos-  
768 tener la cabeza porque es lo que más, lo que  
769 más me empeora; que no puedo sostener la  
770 cabeza y no puedo caminar; camino así como  
771 si fuera eee epiléptica, entonces, pero eso sí,  
772 con mis cinco sentido.  
773 **C:** Una precisión que quisiera hacer ¿Qué  
774 tiempo hay desde el momento en que el doc-  
775 tor V te dijo que ya tú estabas bien y el mo-  
776 mento que tú decides tomar la decisión de  
777 acabar con tu vida?  
778 **R:** Nooo, cuando yo estaba en consulta con  
779 el doctor V tomé la decisión de de acabar con  
780 mi vida, él me estaba viendo, que él fue quien  
781 dio la orden directamente a la clínica para que  
782 emm me limpiaran el estómago con la sustan-  
783 cia que él recetó ... estaba con con...  
784 **C:** ¿En qué tiempo después de esa situación,  
785 el médico te da de alta?  
786 **R:** Ajá, ahí (pausa) ahí rápido, fue rápido  
787 porque entramos más profundamente ennn lo  
788 que yo sentía en mi vida, ennn contarle todo  
789 lo que yo pensaba, todo lo que yo sentía, en-  
790 tonces eel, más profundamente, tajantemente  
791 me trató y me dijo las cosas como eran yy, me  
792 dijo incluso que, que yo había hecho eso para  
793 manipular a mi familia, para asustarlos y yo le  
794 dije: No doctor, no fue para asustarlos; yo me  
795 las iba a tomar todas, no fue para asustarlos  
796 (destaca) porque... (Hace una pausa breve)...,  
797 pero -¿Por qué se despidió de sus amigos?  
798 (refiriéndose a la pregunta realizada por el  
799 médico) Bueno porque me las iba a tomar to-  
800 das. Usted no sabe que se hubiera dormido y  
801 la hubieran, le hubieran lavado el estómago;  
802 -yo le dije: yo sé que mi corazón no hubiese  
803 resistido eso, entonces él me contestó: Tiene  
804 razón; me dijo, tiene razón, entonces por eso  
805 ahora lo pienso y lo descarto, desecho porque  
806 yo sé que puedo morir de infarto.  
807 **C:** Perdón, pero quisiera precisar; qué tiempo  
808 después del 2006; del 6, 6 del 2006. ¿En qué  
809 momento te da de alta?

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CUANTÍA DE MÉDI-**  
**COS.**  
**LÍNEAS 825 – 828.**

**CATEGORIA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**MEDICACIÓN**  
**EXCLUSIVA.**  
**LÍNEAS 829 – 847.**

810 **R:** No recuerdo, tendría que buscarlo en los  
 811 récipes que yo los guardo, no recuerdo el  
 812 asunto es quee...  
 813 **C:** ¿Fue rápido?  
 814 **R:** Fue rápido y después, cuando tuve la otra  
 815 gravedad que llevé a la consulta del doctor R,  
 816 ouu... estaba una viejita, una señora deee, de  
 817 mucha edad y me dijo: Señora, no llore, tran-  
 818 quilícese que el doctor la va a curar porque yo  
 819 llegué así y él me curó.  
 820 **C:** ¿Qué tiempo hace desde ese segundo per-  
 821 cance del primero del 2006?  
 822 **R:** Eso hacen...(breve pausa), ya el doctor R  
 823 tiene dos años viéndome...(breve pausa)...  
 824 dos años.  
 825 **C:** Es decir que, si sacamos dos años atrás  
 826 2008 y eso fue en el 2006; más o menos muy  
 827 poco tiempo después de que estabas hablando  
 828 con el doctor V entraste a consulta de R.  
 829 **R:** Sí, porque cuan... cuando yo... terminé  
 830 con el doctor V seguí el tratamiento, seguí el  
 831 tratamiento pero entonces, dejé de tomar un  
 832 medicamento ee... al medio día yy, me eché a  
 833 perder; cuando yo llego aaa... la otra consulta  
 834 con el otro psiquiatra con, con el doctor R él  
 835 me colocó el mismo, el mismo medicamento  
 836 dos veces al día como me lo había, me lo  
 837 había puesto el italiano.  
 838 **C:** ¿Qué medicamento era, era un psicotrópi-  
 839 co, un tranquilizante, un calmante, qué?  
 840 **R:** Es, es un, es un medicamento para eeem-  
 841 mm enderezar los nervios para que ellos no  
 842 den emmm falsas, falsas como se llama...  
 843 **C:** ¡Información!  
 844 **R:** Información, ee, se llama Valcoter, e, los  
 845 médicos le dicen Valcoter eso se lo colocan a  
 846 los... ee epiléptico yy, me lo colocan a mí es  
 847 para eso, para que no me mande malas infor-  
 848 maciones él, el los nervios al cerebro y, mmm  
 849 el Dr. me mejoró asíi (suena sus dedos) rápi-  
 850 do, rápido. Después estee eché para atrás otra  
 851 vez con otra depresión fea que llegué lloran-  
 852 do, llorando y ay, me duele, y ay, no aguanto

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 848 – 879.**

853 y allí me vio tan mal que agarró como cinco,  
854 cinco cápsulas y me las dio a tomar allí en  
855 la consulta y a los tres minutos ya yo estaba  
856 conversando con él muy tranquila, muy tran-  
857 quila o sea que, el Dr. R, él sabe qué yo tengo;  
858 él dice que yo sufro de altos y bajos o sea, no  
859 me puedo alterar ni tampoco entristecer, que  
860 no puedo recibir noticias tristes, estar con per-  
861 sonas tristes e eee, pensar tristemente nooo;  
862 estar tranquila, con alegría, pensar, pensar  
863 que la vida es bonita, que la vida me da todo  
864 y... y alterarme, me alteran más los nervios,  
865 me pongo, me pongo, me pongo histérica, me  
866 pongo un poquito; un poquito trato de, de re-  
867 cordar todas las cosas que me dijo el Dr. V  
868 que, que enseguida cambio porque él, él me  
869 trató muy bien, él me quiso mucho, mucho,  
870 mucho, él decía que estaba muy joven, que  
871 tenía que, que vivir; que tenía que vivir, tenía  
872 que ser otra, tenía que ser una mujer alegre,  
873 positiva, esteee disfrutar, que cuando me in-  
874 sultaran que no olvidara nunca de que las pa-  
875 labras se las llevaba el viento; me dijo: Señora  
876 Rose, usted sabe que las palabras se las lleva  
877 el viento, usted es una mujer inteligente, no  
878 haga caso, no haga caso cuando la ofendan,  
879 cuando le digan cosas.  
880 **C:** Me mencionaste hace rato algo vinculado  
881 a Dios en el sentido que le rezabas, le pedías  
882 por tu salud. ¿Crees que de alguna manera  
883 Dios tiene también algo que ver con tu en-  
884 fermedad, con tu situación de incomodidad,  
885 digamos de trastorno?  
886 **R:** De trastorno.  
887 **C:** ¿Tú crees que tiene alguna vinculación?  
888 **R:** eee... Él me escucha, porque cuando le  
889 pedí que me llevara hasta el médico que me  
890 iban a curar, me llevó hasta que la consulta  
891 del Dr. R y nos dio para pagar la consulta que  
892 es súper costosa eemmm...eeee... huuubo  
893 una amiga que me dijo que, que yo pertenecía  
894 al pueblo de Dios y que me había dado nalga-  
895 das y que me había tirado a la cama para que

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 888 – 912.**

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTROS AGENTES SO-  
CIALES.  
LÍNEAS 913 - 934.**

896 buscara de él, para que buscara de él. (Suena  
896 un timbre, detienen la grabación).  
898 **C:** Ya, continuamos...  
899 **R:** Esa amiga, esta amiga me dijo que Jesús,  
900 Jesucristo me había eeee, me había tirado a la  
901 cama para que buscara de él y fue cuando yo  
902 busque de él, porque desde muchacha siem-  
903 pre he sido una bonchona, toda la vida he sido  
904 una bonchona y, no, no le he, no le había  
905 dedicado tiempo a él y cuando estudiaba;  
906 cuando yo estudiaba se me acercaban mucha-  
907 chos evangélicos me decían: el señor te llama,  
908 el señor te busca, tú eres su hija que él te quie-  
909 re hablar, él quiere que tu estés con él, que  
910 vayas a la iglesia y, allí yo les decía, el pretext-  
911 to era mi mamá; mi mamá es católica y no me  
912 va a aceptar y yo leee... le e obedecía a ella.  
913 Ahora, cuando yo me enfermo, que mi amiga,  
914 tiene visiones; ella ve visiones, ella me decía  
915 que, que en mi vientre me habían dejado unos  
916 coágulos, junos coágulos de sangre! Yyy, me  
917 habían dejado sucio, el sucio era otra cosa  
918 que sí lo hubo, sí me lo sacaron, eesteee yo le  
919 dije: no te metas con mis tres médicos porque  
920 son tres cirujanos muy buenos y ella me dijo:  
921 serán buenos, pero ahí hay sucio, entonces  
922 una vez una amiga de mi mamá del fondo de  
923 mi mamá agarró; estaba muy mal, me sentía  
924 muy mal (con voz pesimista) yy estee... yo  
925 solamente me siento bien con el tratamiento  
926 del Dr. R, me lo tomo yyy como si no pasara  
927 nada y puedo hasta bailar, echar broma, hasta  
928 tomar bebidas alcohólicas eee, vino Nancy,  
929 mi amiga y me dijo: vístete que te voy a ll-  
930 evar para que él, el parapsicólogo; que el pa-  
931 rapsicólogo es, es un espiritista K veía por ahí  
932 por Amparo ... eestee para que te vea, porque  
933 ese hombre es hijo de, de personas haitianas y  
934 tú sabes que los haitianos manejan esas, esas  
935 situaciones, entonces me llevó cuando el hom-  
936 bre eee me ve por una cuestión cristalina , y  
937 unas piedritas, y unas cositas y yyyy... bueno  
938 él me dijo queeee, que si yoooo sabía que me

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTRAS TÉCNICAS.  
LÍNEAS 935 – 971.**

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 972 – 976.**

939 habían hecho un trabajo para matarme y yo  
940 le dije: sí, pero no nadie ha querido sacarme  
941 esto – yo sí se lo voy a sacar me dijo él, yo sí  
942 se lo voy a sacar, entooonces (breve pausa)...  
943 agarró en una de, de las consultas, me acostó  
944 en la camilla y estuvo allí mi hermana yyy  
945 le dije: bueno si usted me va a operar... me  
946 dijo: porque hay que operarla le dijo a mi  
947 hermana y yo le dije a mi hermana: salte de  
948 aquí porque lo que, lo que me hicieron a mí es  
949 malo, es malo Yudith no, no, no: no se te vaya  
950 a pegar aaa no te vayas a contagiar, ella no se  
951 quiso salir cuando él usa una espadita no sé si  
952 era de oro, pero es una dorada me la pasa por  
953 el por el vientre, por mi mis operaciones eso  
954 me duele horrible (enfatisa la palabra) como  
955 si me hubiesen roto Mario, como si me hubie-  
956 ran rooto y eso fue todo espiritual, cuando  
957 él abre agarra las pinzas y saca... dice Yudith  
958 que se ve, que se vio cuando él sacó, jaló el  
959 coágulo y cuando jala el coágulo esteee Yu-  
960 dith se desmaya (se escucha el sonido de un  
961 teléfono, se detiene la grabación).  
962 **C:** Tu hermana se desmaya.  
963 **R:** Mi hermana se desmaya al ver eso lleno de  
964 sangre, vivo; ella se desmaya y a ella la sacan  
965 y él continúa sacando y me saca una eee, una  
966 tripa, me dice él: te saqué la tripa que te de-  
967 jaron; que la enfermera te metió en el momen-  
968 to de la operación y le dije ¿tripa?, -sí, esta es  
969 la apéndice y yo... déjeme verla: la agarré en  
970 la mano y la vi y le dije: ¡esa es una apéndice!  
971 por los libros, yo yo la conozco, me diceee él:  
972 eso se lo metieron porque las brujas del lado  
973 de su casa junto con la guajira se pusieron de  
974 acuerdo, le pagaron a la enfermera para que le  
975 metiera eso y usted se pudriera y se muriera  
976 y, entonces yo le dije: Eso es cierto porqueee  
977 nunca se consiguió en mi operación el apén-  
978 dice; nunca y mi médico D estaba bravísimo  
979 porque no encontraba esa, esa pieza que tenía  
980 que hacerle biopsia, porque como yo sufro de  
981 colon por tantas amibiasis, yardias y parásitos

**CATEGORÍA:  
VALORACION PERCEPCION FAMILIAR.  
MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 994 – 1000.**

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
CUANTÍA DE MÉDICOS.  
LÍNEAS 1022 – 1029.**

982 y hasta la solitaria, la tenia me ha salido, él  
983 estaba muy mal porque eso se había desapare-  
984 cido eee no.... (Termina la cinta).  
985 C: 1, 2, 3 continuamos...  
986 R: eeeee....  
987 C: Relatabas la parte en que el doctor estaba  
988 buscando el apéndice que te faltaba para ha-  
989 cerle la biopsia y no lo encontraba; cuando  
990 estabas con el doctor K.  
991 R: Siii, estábamos con el parapsicólogo K  
992 sacó eso y dio la instrucción de que no me  
993 fueran a dejar sola a las tres de la tarde, bue-  
994 no, él sabía lo que me iba a pasar, entonces  
995 Javier no me dejó sola yyy Roberto y todos  
996 mis hijos y mi amiga Nerva; todos estuvieron  
997 a esa hora y yo me abrasé, Javier se sentó en  
998 mi cama y yo me senté con él encima a tem-  
999 blaaar, a temblaaar.  
1000 C: ¿Por qué a las tres de la tarde?  
1001 R: No me explicó, debe ser que a las tres de la  
1002 tarde es una hora buena para los brujos, para  
1003 trabajar debe ser.  
1004 C: Bueno, según cuenta el cristianismo a las  
1005 tres de la tarde fue la hora en que murió Jesús,  
1006 ¿Crees tú que tenga alguna relación con eso?  
1007 R: Sí, puede ser, puede ser que la usen, usen  
1008 ese, esa hora porque ellos les gusta usar partes  
1009 bíblicas, ellos les gusta esteee... eeee... ese,  
1010 ese doctor de quien te acabo de hablar que era  
1011 amigo de mi papá, trabajaba en la policlínica  
1012 Maracaibo era un señor especialista e... ennn  
1013 en Urología, cirujano yyy...  
1014 C: ¿Un doctor que no es el doctor K, es otro  
1015 doctor que era cercano a ustedes?  
1016 R: Sí, el doctor ginecólogo también yy... (In-  
1017 terrupción por un ruido).  
1018 C: Me hablabas hace poco de un doctor ami-  
1019 go de la familia, ¿podrías recapitularme un  
1020 poco sobre eso?  
1021 R: El doctor (pausa) Ro era amigo de mi pa-  
1022 dre; mi padre era barbero y era quien le cor-  
1023 taba el cabello y era quien trataba a mi padre  
1024 de cualquier cosa quee presentaba porque mi

**MARCA-GUÍA:  
COMORBILIDAD.  
LÍNEAS 1032 - 1042.**

**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 1050 - 1054.**

1025 porque mi padre le había dado cuando yo  
1026 nací un derrame cerebral fuerte, que estu-  
1027 vo dos años inconsciente en cama y él fue quien  
1028 lo levantó y, cuando eeemmm... a mí se me  
1029 presentaron esos dolores y esas cosas en la  
1030 cabeza pensé en el doctor Ro y fui, y cuando  
1031 fui a su **consulta casi no llegaba Mario del**  
1032 **dolor (enfatisa)**, fue algo **extraño (énfasis)**  
1033 llegué, y no podía entrar y cuando entré, le  
1034 toqué la puerta que tenía pacientes (acelera su  
1035 tono de voz) dando gritos, llorando y él salió  
1036 corriendo y me abraza y me dice: mi amor,  
1037 ¿qué tienes?- Doctor es que tengo un dolor  
1037 que no lo aguanto y una desesperación muy  
1038 grande en mi cabeza que no la aguanto y me  
1039 dijo: y, y, y, y usted fue el que operó a mi  
1040 padre y usted lo curó de todo y entonces me  
1041 preguntó: quién era; -¿Quién es tu padre?. Ya  
1042 papá murió era Belarmiro Guerra: su barbero  
1043 - Ah!, mi gran amigo, entonces me volvía a  
1044 abrazar más fuerte, -Vente para acá (aclara:  
1045 me metió en otro sitio de su consultorio), -  
1046 vente para acá ya te voy a atender; cuando  
1047 me atendió eee... me dijo:- mi amor tu enfer-  
1048 medad nooo... es (pausa muy breve) de este  
1049 mundo; tu enfermedad es una, una, ee... un  
1050 fenómeno (énfasis) y, estás trabajada, - pero  
1051 yo, no entendía nada (énfasis). ahí si estaba  
1052 de verdad yo creo que loca porque no entendía  
1053 nada (breve pausa) ee...  
1054 **C:** ¿Qué tiempo fue eso más o menos?  
1055 **R:** Antes de las opera..., antes de las opera-  
1056 ciones eso fue como en el noventa ee... cu-  
1057 ando (pausa muy breve) él me trataba, cada  
1058 vez que me veía prendía muchos cigarrillos  
1059 se ponía muy nervioso, muy nervioso y me  
1060 decía... ee..., entonces había... ee... Mario  
1061 no pude volver (breve pausa) aaa..., no volví  
1062 sola, no pude; (eleva tono de voz) me llevaba  
1063 mi hija Yoselin o a mi hermana Yudith hubo  
1064 (breve pausa) unn... uu...na, un caso, un día  
1065 que me las llevé a las dos, yo estaba muy mal  
1066 yy... bueno me puso en la cama, en la camilla

<p><b>CATEGORÍA: MÉDICOS. MARCA-GUÍA: OTROS AGENTES SOCIALES. LÍNEAS 1082 - 1084.</b></p> <p><b>MARCA-GUÍA: CARÁCTER EXTERNO Y MULTIVARIABLE. LÍNEAS 1086 - 1089.</b></p> <p><b>CATEGORÍA: TRATAMIENTOS. MARCA-GUÍA: OTRAS TÉCNICAS. LÍNEAS 1097 - 1124.</b></p>	<p>1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109</p>	<p>yy... les mostró mi carne (pausa breve) vaginal...mente, les mostró por dentro y les dijo: -Esta carne que ustedes ven aquí; esto rosado, eso significa salud; eso significa sanidad; ¡sí!, eso significa juventud; ella, parece una niña de, de quince años; -Yo tenía (breve pausa) cuando eso treinta y cua..., treintiseis años; y les dijo: - Ella parece una muchacha y puede parir tres veces más (hace una pausa) lo que pasa es que yo tengo que hacerle algo a ella y sacarle lo que le pusieron porqueee... no se me olvida nunca, pero yo ahí no lo asumí ni lo creí; ni lo creí yo le creí fue a mi pastores, ahí... a ellos, sí les creí y bueno...</p> <p><b>C:</b> ¿Cuáles pastores?</p> <p><b>R:</b> Los pastores de la iglesia bautista que pertenezco yo.</p> <p><b>C:</b> ¿Qué te decían ellos?</p> <p><b>R:</b> Que el señor le... les había manifestado que yo estaba trabajada con, como dice la biblia: con trabajos de hechicería (pausa) todo, todo, todo.</p> <p><b>C:</b> Eso fue mucho antes de que la operación... fue a muy temprana edad, ¿Qué edad tenías cuando ellos te comentaron eso, te hicieron ese tipo de planteamiento?</p> <p><b>R:</b> Después de la operación, después que me sacaron los coágulos de sangre, la apéndice quee... decidí que yaa... Ch no me quería tratar..., que mi pastor oró y le dije que hiciéramos un pacto con el señor y le dije quee..., le pidiera al señor (pausa), yoo... no sabía orar hastaa... (breve pausa), hasta el extremo de él pues, como él había estudiado, porque para orar hay que saber orar como dice la carta de Santiago yy... cuandooo... ee... mi Pastor Carlos se arrodilló hizo el pacto y le... pidió lo que yo le pedí quee... no me dejara en manos de Satanás, que no me dejara en manos de sus... secuaces, de sus... demonios, quee...(breve pausa) me reestableciera y, que no me dejara morir (breve pausa) en sus manos; que no dejara mi alma en... las</p>
--	---	---



<p><b>CATEGORÍA:</b>  <b>MÉDICOS.</b>  <b>MARCA-GUÍA:</b>  <b>OTROS AGENTES SOCIALES.</b>  <b>LÍNEAS 1126 - 1130.</b></p>	<p>1110  1111  1112  1113  1114  1115  1116  1117  1118  1119  1120  1121  1122  1123  1124  1125  1126  1127  1128  1129  1130  1131  1132  1133  1134  1135  1136  1137  1138  1139  1140  1141  1142  1143  1144  1145  1146  1147  1148  1149  1150  1151  1152</p>	<p>manos de ellos porque e... si aquí había sufrido, entonces iba a sufrir más o que me diera un descanso, una muerte con él; que viniera él con sus ángeles y me llevara, puesto que la Biblia dice que uno al morir en Cristo, uno va... a dormir, no va uno a sufrir; uno va es a dormir dice la Biblia, eso es (breve pausa) lo que yo (breve pausa) creo y lo que yo le pido Señor e..., tú es...que... que me dices a través de tu palabra que el espíritu vuelve a ti; ... envíame entonces el descanso, pero de esa manera. Cuando me tomé las pastillas oré y le dije: -¡Señor!, (pausa) ya no puedo más, le dije.</p> <p><b>C:</b> ¿Eso fue en el 2006... no?</p> <p><b>R:</b> En el 2006, ya yo conocí al señor, ya estaba bautizada, yo le dije: ¡Señor!, ya no puedo más, perdóname por lo que voy a hacer porque va en, en contra de tus preceptos, <u>pero no puedo más señor</u> (énfasis) yy...ee... estando... vuelvo con la consulta del doctor Ro yy... le dice el doctor Ro a mi hermana y a mi hija: - Si a mí me llega a pasar algo malo no permitan que ella se opere porque la echan a perder (pausa)... Si a mí me llega a pasar algo malo (pausa) ummm... no e, e...; o sea impidan de... (pausa) porque sí que ella no se opere porque ella no está de operación (breve pausa), ella se podrá ope... operar si presenta alguna enfermedad a partir de los 45 años, pero noo... de, de 34 años, ni de 35.</p> <p><b>C:</b> Es decir que, ¿biológicamente estás sana, tu cuerpo no tiene ningún tipo de trastorno, ni disfunción; nada de eso?</p> <p><b>R:</b> Nada porque a... ee... hace quince días, me vio el doctor M que es...obstetra y... ginecólogo me vio yy... y le dije: -cómo están esas carnes yy... me dijo: -Están perfectas, están bien, - ¿Qué color tienen?, - Están bien, porque el doctor Ro dice que cuando están negras es porque es cáncer, entonces...</p> <p><b>C:</b> Ya para finalizar... ¿Cómo te sientes hoy en día?</p>
---	---	---

**MARCA-GUÍA:  
COMORBILIDAD.  
LÍNEAS 1154 - 1183.**

1153 **R:** ¡Hoy!... bueno, estoo... ee... como tee...  
 1154 expliqué Mario... el dolor del maxilar está  
 1155 allí, está allí como una presión (énfasis) es  
 1156 una presióon... yo le digo que es como... a  
 1157 veces que es co... como un rechinar también  
 1158 a veces ee... el dolor del vientre es a veces  
 1159 es muy fuerte (pausa) que me hace... (pausa),  
 1160 me hace gritar un poquito, el dolor digamos  
 1161 en los ganglios (breve pausa) el... psiquiatra  
 1162 me dijo: - Yo no, yo no le puedo tocar allí,  
 1163 ese no es me, mi especialidad; dígle a un  
 1164 internista y fui para que la internista amiga  
 1165 de... nuestra, de Marcelo y mío y... me dijo  
 1166 que aquí en los ganglios de aquí de las pier-  
 1167 nas del vientre(voz un poco acelerada)... no  
 1168 tengo nada que lo que tengo es el colon in-  
 1169 flamado... ee... lo que sí presento es el colon  
 1170 inflamado y... es que tengo Mario... por un  
 1171 accidente tengo una un desplazamiento en la  
 1172 C3 (pausa), en la C3 tengo un desplazamiento  
 1173 y me molesta mucho (énfasis) ee... el cuello a  
 1174 veces; a veces y... bueno los dolores de cabe-  
 1175 za son los... resisto para no tomar tanto me-  
 1176 dicamento (breve pausa) cuando ya no resisto  
 1177 (énfasis) que ya sí pierdo como la, la... que  
 1178 me estoy volviendo loca; me tomo mi calm-  
 1179 ante, pero... sii... lo puedo resistir noo... no  
 1180 me tomo el calmante y se me quita solo.  
 1181 **C:** ¿Y de los síntomas que se ha denominado  
 1182 como depresión, de tu enfermedad mental;  
 1183 esos no te han vuelto a repetir? ¿No has  
 1184 vuelto a escuchar voces, no has vuelto a sen-  
 1185 tir nada de eso?  
 1186 **R:** No, desde que mee... desde que comencé  
 1187 a ir a la iglesia, ee... que eso fue otro, otro de  
 1188 mis casos diríamos umm... otra terapia, eso  
 1189 fue otra terapia estee... cuando comencé ...  
 1190 a estudiar la Biblia y comencé a estudiar por  
 1191 un año e... para que... me... fuera ; para que  
 1192 fuera bautizada, ahí aprendí mucho (breve  
 1193 pausa) y cuando me bautizaron ee...sentí  
 1194 cuando me sumergieron y me levantó el pas-  
 1195 tor y me dijo que estaba viva para el señor

<b>CATEGORÍA:</b> <b>MÉDICOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>OTROS AGENTES SOCIALES.</b> <b>LÍNEAS 1189 - 1192.</b>	1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238	sentí algo... la gloria del señor, la alegría del señor la sentí y me sentí otra, y me sentí hija de Dios, entonces vino el pastor y me, me recalco; me dijo: -Mañana por la mañana me llama para (breve pausa) levantarla de la cama (pausa) lo que él sabía que me iba a suceder, quizás cuantos casos sería así que... a lo que... a las siete de la mañana yo estaba pero bien, bien petrificada, o sea bien acalambrada, bien ee... diría: dura (énfasis)... en mi cama y le dije a mi madre: -mamá llama al pastor Paiba porque no aguanto, no me puedo levantar, no puedo moverme las pierna para irme al baño yy... mi hermana llamó al pastor y el pastor inmediatamente llegó y me oró... reprendió, reprendió lo malo y enseguida me levanté, pero ya él sabía lo que me iba a suceder; ya él sabía porque ya el me lo había dicho y, cada vez que yo no podía entrar a la iglesia le decía mi hermana Carmen del Socorro ee... hermana vaya a orar a Rose para que pueda entrar en la iglesia porque cuando comencé a ir a la iglesia (breve pausa) llegaba y quedaba sorda (énfasis en la palabra) y ciega y muda y (pausa breve) salía corriendo entonces se me tenían que pegar atrás para agarrarme y meterme a la iglesia, allí me oraban, me abrazaban, me abrazaban mucho porquee... ee... el diablo no conoce el amor (pausa breve) huye, huye... -la Biblia dice que él no conoce el amor, porque el amor lo da es Dios... como lo dice la carta de Juan: el apóstol... ee... el diablo no conoce el amor (pausa mediana) por eso es que (pausa) por eso es que... un psiquiatra (pausa breve) le recomendaban tanto a mis hijos que me dieran amor... que me dieran (breve pausa) que me dieran calor, que me dieran cariño, atenciones (pausa) porquee... el amor es lo... dice que... la biblia dice que el amor es lo máximo y el amor lo da es el señor Jesucristo. <b>C:</b> ¡OK! Bueno, vamos a finalizar por el día de hoy y... continuamos luego.
--	--	---

SESIÓN DE ENTREVISTA: 2. CATEGORÍA: MÉDICOS.		
RELATORA (R): ROSE.		CORRELATOR (C): MARIO GONZÁLEZ.
CATEGORÍAS/MARCAS GUÍAS	LÍNEAS	ENTREVISTA
CATEGORÍA: TRATAMIENTOS. MARCA-GUÍA: MEDICALIZACIÓN EX- CLUSIVA. LÍNEAS 21 – 30.	1	C: Rose, en el día de ayer nosotros estuvimos
	2	hablando acerca de tu enfermedad, cómo la
	3	sentías tú, desde cuándo... Hoy quiero que me
	4	hables acerca de tu relación con los médicos
	5	que te han tratado; es decir, cuántos médicos
	6	te han tratado, cómo te han tratado, en cuáles
	7	has estado en desacuerdo con ellos, en qué no
	8	has estado en desacuerdo con ellos, es decir,
	9	quiero saber cuál ha sido tu relación para con
	10	los médicos. (Voz amable y pausada).
	11	R: (Pausa) ¡Hola Mario, buenos días!
	12	Ee... mi relación (breve pausa) con mi pri-
	13	mer (breve pausa) psiquiatra con quien (breve
	14	pausa) traté; con quien traté mucho por... tres
	15	años haciéndome terapia, el doctor V ee... al
	16	principio e... teníamos algo de, dee... en-
	17	contronazos (breve pausa) sobre todo por el
	18	cigarrillo y... sobre todo porque yoo... no
	19	(énfasis en la palabra) me quería tomar el tra-
	20	tamiento ... como él decía: al pie de la letra;
	21	sino que tomaba...el tratamiento como yo lo
	22	creía conveniente porque el ... el antidepresi-
	23	vo ee... me daba mucho estreñimiento yy...
	24	y la pastilla para dormir me... hacía dormir
	25	demasiado... tanto que cuando me dormía por
	26	la noche, donde me dormía ahí quedaba hasta
	27	el amanecer yy... bueno yo estee... le decía
	28	que yo no iba a tomar más ese medicamento
	29	y él decía –Que, que si no cumplía el trata-
	30	miento no me iba aa... curar. Con respecto
	31	a las terapias que eran muy fuertes, (tono de
	32	voz denota queja) muy fuertes porque mee...
	33	ee... me indagaba, mee... ee... interrogaba
	34	a fondo: aa... desde que era niña hastaa...
	35	esos días yy... (pausa corta) mee... (pausa
	36	corta) preguntaba de lo de mi niñez (pausa
	37	corta) cuánto había padecido ee... puesto
	38	quee... cuando le hablé por primera vez de
	39	mi niñez, que les dije que vivía encima dee...
	40	de mi papá, porque estaba enfermo había

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 48 – 77.**

40 de mi papá, porque estaba enfermo había  
41 sufrido un derrame cerebral y había estado  
42 dos años en cama, esos dos años que mi papá  
43 estuvo en cama no los recuerdo porque yo te-  
44 nía tres años de... haber nacido, pero ya así  
45 después... ee... cuando él aa... logró hablar  
46 y caminar y así lo vi... entonces, pero ¿qué  
47 vi?: un padre con una tensión alta, un padre  
48 con dolor de cabeza, un padre con mal genio  
49 yy... el doctor V me dijo que: -yo (énfasis  
50 en la palabra) emm... había adquirido esa,  
51 esa situación de enfermedad, había aprendi-  
52 do a ser enferma a través de la enfermedad  
53 de mi padre puesto que él me buscaba como  
54 unn... emm... juguete (énfasis) como un, una  
55 compañera (énfasis) porque mi madre estaba  
56 trabajando en una máquina de coser y él en su  
57 soledad me buscaba a mí (pausa corta) y ¿qué  
58 tenía de mí?: atenciones, cariño; todo (tono de  
59 voz acelerado), todo... él umm... para meter-  
60 se al baño se, se; su hermano le había hecho  
61 una, una sillita sin espaldar... e...ee... (voz  
62 entrecortada) se ponía, se metía con sus inte-  
63 riores emm... de de esa de shor y yo lo baña-  
64 ba, le lavaba la espalda, le lavaba la cabeza,  
65 yo lo aseaba todo (acelera su tono de voz), lo  
66 secaba; ee... le sacaba las canas, le sacaba las  
67 espinillas estee... ee... le cortaba las uñas: de  
68 los pies y de las manos, estee... estaba (pausa  
69 corta) pendiente de su medicamento; enton-  
70 ces el doctor V decía (pausa corta) que yo  
71 había estee...(pausa corta) yo lo había asu...  
72 asumido eso como una enfermedad para mí  
73 porque él no se explicaba por qué yo ee...  
74 siendo tan bien alimentada en mi niñez me  
75 enfermaba tanto (énfasis); sobre todo estee...  
76 enfermedades infecciosas. Yoo...ee... co-  
77 miendo como comía; de la forma como co-  
78 mía ¿Cómo comía? -ee...balanceado o sea;  
79 ensaladas, sopa, pescado lo que comía mi  
80 padre, porque yo comía con mi padre (pau-  
81 sa breve)... el día de carne era mucha carne,  
82 mucha sopa, mucho jugo... de fruta natural

**MARCA-GUÍA:  
CUANTÍA DE MÉDI-  
COS.  
LÍNEAS 94 – 96.**

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 114 – 135.**

83 yy... él no se explicaba el porqué yo tenía  
84 que enfermarme tanto dee... de los ojos, de  
85 la garganta y me salían muchos, mucho (bre-  
86 ve pausa) ee... ¿Cómo llaman... los tumores  
87 en la piel?, ¿Accesos?: -accesos, me salían  
88 demasiados (énfasis), muchos...debajo de la  
89 nalga, por las piernas.  
90 C: ¿Para qué fecha es cuando tú estableces  
91 la primera relación con el primer médico psi-  
92 quiatra?  
93 R: ¿La fecha?  
94 C: ¿Qué recuerdas?  
95 R: Con el primer médico psiquiatra que dijo  
96 que yo no estaba enferma de los nervios fue  
97 en el año 1992.  
98 C: Y... con el primero que dice que demues-  
99 tra que tú en realidad sí te encuentras enfer-  
100 ma, y que necesitas tratarte con un médico  
101 psiquiatra.  
102 R: De eso sí no me acuerdo, pero vamos  
103 aa...(énfasis en esta palabra) (hace una corta  
104 pausa), vamos a sacar cuenta; eso sería en el  
105 año mil novecientos...(pausa corta), ee...mil  
106 novecientos...[trata de recordar] (pausa) pasó  
107 la operación; mil novecientos noventa y dos,  
108 la última operación ee... yo creo que sería en  
109 el mil novecientos noventa y tres o mil no-  
110 vecientos noventa y cuatro quee... estee...  
111 él me trató muy, muy bien: el doctor V ee...,  
112 pero mmm... me regañaba mucho (breve  
113 pausa), muchísimo porque yo no cumplía con  
114 mi tratamiento como debía ser (breve pausa)  
115 mmm... él luchaba mucho conmigo, me aten-  
116 día de maravilla en el psiquiátrico: Porque  
117 él todavía estaba en el psiquiátrico... más ,  
118 me dijo: -señora Rose cuando yo me gradué;  
119 yo (énfasis) le voy a regalar mi consulta mi  
120 con... mmm, mira lo que me dijo: -yo le voy  
121 a regalar mi consulta en la clínica donde vaya  
122 a trabajar porque usted es mi caso, mi caso...  
123 mi meta (énfasis), yo quiero curarla a usted  
124 y esa va a ser mi meta: sanarla (pausa corta)  
125 porque eso lo voy a llevar yo a mis... (pausa

<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CUANTÍA DE MÉDI-</b> <b>COS.</b> <b>LÍNEAS 135 – 138.</b>	126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141	corta) ee... -¿Cómo llaman ellos? Emmm... como unnn... postgrado pues; como un postgrado. Estee... el doctor V e... con mucho carácter (breve pausa) el carácter muy fuerte, muy fuerte. Ennn... mmm... no me mostraba cariño, pero sí me mostraba... me... daba atenciones: ¡muchacha atención! (énfasis) mucha atención, y hubo un tiempo que fue hacer unos unnn... un postgrado; ellos le dicen otro nombre, ahorita no recuerdo ee... y se me perdió el doctor V y <u>cambié de médico...</u> (apresura la voz) esteee... me fui para que el doctor G estáaa... en laaa... (pausa corta) clínica Falcón yy... G me paso droga <u>meee... puso a tomar dos (pausa corta) miligramos de Rivotril...(énfasis en última palabra)</u> (voz pausada por cada palabra), me pasó de droga que casi...(pausa media) no sé como la estoy contando porque me iba a morir, me iba a morir; no podía caminar, no podía comer, era llanto, llanto, llanto, temblor, mucho temblor; demasiado, entonces, conversé con él y le dije: -que <u>ya que él me había puesto así (voz un poco alterada)</u> que, (breve pausa) diera la orden en el... en el psiquiátrico para que me hospitalizaran porque loo... lo llamé a reflexión y le dije: -Tú tuviste la culpa de que yo esté así (con tono de reclamo) entonces, vino él como tiene... él tiene allí un alto cargo me dio la cama, me dio la hospitalización; esa fue mi segunda hospitalización donde, él (pausa corta) no me atendió porque él no atiende allí casos creo o atiende los casos de los drogadictos, no de enfermos. Eee... y, (pausa corta) me volvió a retomar el doctor V que fue cuando me desintoxicó y (pausa media) para mí... me atendió; estaba muy pendiente de mí y ee... cuando me desintoxicó eee... eso fue <u>terrible</u> (énfasis) terrible la hospitalización allí, viendo la... las muchachas desorbitadas... todas desorbitadas; <u>mas yo</u> (énfasis) no estaba desorbitada porque yo me miraba al espejo y me veía mis ojos normal yy... no tembla-
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>COMORBILIDAD.</b> <b>LÍNEAS 142 – 149.</b>	142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168	corta) ee... -¿Cómo llaman ellos? Emmm... como unnn... postgrado pues; como un postgrado. Estee... el doctor V e... con mucho carácter (breve pausa) el carácter muy fuerte, muy fuerte. Ennn... mmm... no me mostraba cariño, pero sí me mostraba... me... daba atenciones: ¡muchacha atención! (énfasis) mucha atención, y hubo un tiempo que fue hacer unos unnn... un postgrado; ellos le dicen otro nombre, ahorita no recuerdo ee... y se me perdió el doctor V y <u>cambié de médico...</u> (apresura la voz) esteee... me fui para que el doctor G estáaa... en laaa... (pausa corta) clínica Falcón yy... G me paso droga <u>meee... puso a tomar dos (pausa corta) miligramos de Rivotril...(énfasis en última palabra)</u> (voz pausada por cada palabra), me pasó de droga que casi...(pausa media) no sé como la estoy contando porque me iba a morir, me iba a morir; no podía caminar, no podía comer, era llanto, llanto, llanto, temblor, mucho temblor; demasiado, entonces, conversé con él y le dije: -que <u>ya que él me había puesto así (voz un poco alterada)</u> que, (breve pausa) diera la orden en el... en el psiquiátrico para que me hospitalizaran porque loo... lo llamé a reflexión y le dije: -Tú tuviste la culpa de que yo esté así (con tono de reclamo) entonces, vino él como tiene... él tiene allí un alto cargo me dio la cama, me dio la hospitalización; esa fue mi segunda hospitalización donde, él (pausa corta) no me atendió porque él no atiende allí casos creo o atiende los casos de los drogadictos, no de enfermos. Eee... y, (pausa corta) me volvió a retomar el doctor V que fue cuando me desintoxicó y (pausa media) para mí... me atendió; estaba muy pendiente de mí y ee... cuando me desintoxicó eee... eso fue <u>terrible</u> (énfasis) terrible la hospitalización allí, viendo la... las muchachas desorbitadas... todas desorbitadas; <u>mas yo</u> (énfasis) no estaba desorbitada porque yo me miraba al espejo y me veía mis ojos normal yy... no tembla-
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PROFESIONALISMO.</b> <b>LÍNEAS 160 – 163.</b> <b>CATEGORÍA:</b> <b>HOSPITAL PSIQUIÁ-</b> <b>TRICO.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>DIMENSIÓN NO TERA-</b> <b>PÉUTICA.</b> <b>LÍNEAS 162 – 167.</b>	162 163 164 165 166 167 168	corta) ee... -¿Cómo llaman ellos? Emmm... como unnn... postgrado pues; como un postgrado. Estee... el doctor V e... con mucho carácter (breve pausa) el carácter muy fuerte, muy fuerte. Ennn... mmm... no me mostraba cariño, pero sí me mostraba... me... daba atenciones: ¡muchacha atención! (énfasis) mucha atención, y hubo un tiempo que fue hacer unos unnn... un postgrado; ellos le dicen otro nombre, ahorita no recuerdo ee... y se me perdió el doctor V y <u>cambié de médico...</u> (apresura la voz) esteee... me fui para que el doctor G estáaa... en laaa... (pausa corta) clínica Falcón yy... G me paso droga <u>meee... puso a tomar dos (pausa corta) miligramos de Rivotril...(énfasis en última palabra)</u> (voz pausada por cada palabra), me pasó de droga que casi...(pausa media) no sé como la estoy contando porque me iba a morir, me iba a morir; no podía caminar, no podía comer, era llanto, llanto, llanto, temblor, mucho temblor; demasiado, entonces, conversé con él y le dije: -que <u>ya que él me había puesto así (voz un poco alterada)</u> que, (breve pausa) diera la orden en el... en el psiquiátrico para que me hospitalizaran porque loo... lo llamé a reflexión y le dije: -Tú tuviste la culpa de que yo esté así (con tono de reclamo) entonces, vino él como tiene... él tiene allí un alto cargo me dio la cama, me dio la hospitalización; esa fue mi segunda hospitalización donde, él (pausa corta) no me atendió porque él no atiende allí casos creo o atiende los casos de los drogadictos, no de enfermos. Eee... y, (pausa corta) me volvió a retomar el doctor V que fue cuando me desintoxicó y (pausa media) para mí... me atendió; estaba muy pendiente de mí y ee... cuando me desintoxicó eee... eso fue <u>terrible</u> (énfasis) terrible la hospitalización allí, viendo la... las muchachas desorbitadas... todas desorbitadas; <u>mas yo</u> (énfasis) no estaba desorbitada porque yo me miraba al espejo y me veía mis ojos normal yy... no tembla-

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 169 – 178.**

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 183 – 192.**

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTRAS TÉCNICAS.  
LÍNEAS 192 – 195.**

**MARCA-GUÍA:  
CUANTÍA DE MÉDI-  
COS.  
LÍNEAS 205 – 210.**

169 ba, pero sí no podía caminar porque no tenía  
170 fuerza en la pierna y él... el doctor es... esta-  
171 ba muy pendiente de mí porque tenía miedo,  
172 porque tenía aaa...mmm....al... lado (pausa  
173 corta) de compañía a una drogadicta (pausa)  
174 yy... que consumía cocaína y él estaba muy  
175 asustado por mí, demasiado asustado por mí,  
176 pero no tenía otra...(pausa corta) opción; no  
177 había otro piso donde yo pudiera estar, que...  
178 una enferma; estee...claro que si estoy...yo  
179 digo que si tengo una enfermedad mental por-  
180 que... umm... noo... (pausa) estee... (pausa)  
181 no le doy (pausa) nombre (énfasis) a lo que  
182 yo siento, a lo que yo siento... mi mente es  
183 entonces la que produce de que yoo... de que  
184 a mí me den todas esas cosas porque en es-  
185 tos días murió un primo segundo donde yo  
186 lo quise mucho y una amiga que es como mi  
187 hermana que le dio un ACV y... me puse a  
188 morir, a morir; entonces, siiii... las malas no-  
189 ticias, sii... lo que sucede estee... cuando se  
190 me muere alguien que yo amo, que yo quiero  
191 (pausa)... Sí me ponen muy mal o sea, a tra-  
192 bajar el cerebro estee... como... como digo  
193 yo, como un remolino ee... me ponen a orar  
194 mucho, (breve pausa) no pienso cosas malas;  
195 pienso al contrario en el señor y comienzo a  
196 orar, y a orar, y a orar, y a orar ; pero mi...  
197 mi organismo lo siento que me está llevando  
198 a la... a lo que siempre me lleva: al temblor,  
199 a la crisis, como dice el doctor R; a la crisis  
200 nerviosa.  
201 **C:** Después de esos dos doctores, después de  
202 haber visto a V, ver a G, ¿qué otros médicos  
203 te han tratado? ¿Me puedes comentar acerca  
204 de eso?  
205 **R:** Sí, el doctor R...(interviene investigador)  
206 **C:** Después que sales de V, de la hospitali-  
207 zación del psiquiátrico; ¿entras de nuevo con  
208 otros doctores?  
209 **R:** Con un doctor... el doctor R quien hace  
210 todos los... sus... *ay Dios mío, cómo se lla-*  
211 *ma... no recuerdo eee...*



**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 212 – 235.**

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 234 – 241.**

**CATEGORÍA:  
VALORACIÓN PERCEP-  
CIÓN FAMILIAR.  
MARCA-GUÍA:  
ESTIGMA.  
LÍNEAS 242 – 249.**

212 C: ¿Tratamientos? ¿Prácticas?  
213 R: Noo... como prácticas, como, como....  
214 Postgrados fueras del país (con voz irritada)...  
215 en Alemania, en Washington, en...enn... Sui-  
216 za; lo hizo en Suiza.  
217 C: Sus estudios de especialización ¿los hace  
218 en el exterior?  
219 R: Sí, sí, sí... pagos por él; el costo pagado  
220 por él. Ese hombre debe ganar mucho dine-  
221 ro porque le va mucho paciente sobre todo  
222 muchachos jóvenes que han sido atracados;  
223 porque me lo han dicho cuando estoy en con-  
224 sulta: en sala de espera yy... (interviene in-  
225 vestigador)  
226 C: ¿Cómo fue tu relación con él?  
227 R: Muy, muy bien (lenta pronunciación), un  
228 hombre muy tratable, un hombre mu... todo  
229 lo contrario de V ee... muy cariñoso estee...  
230 no hablaba, no preguntaba iba todo al grano: a  
231 mi organismo (pausa) preguntaba: -Cómoo...,  
232 qué sentía en la cabeza, qué sentía en el maxi-  
233 lar, qué sentía en el estomago, qué sentía en  
234 mis brazos yy... yo le iba contestando poco  
235 a poco y el tratamiento que él ummm... me  
236 indicó ee... me cayó muy mal (énfasis) o sea,  
237 me cayó tan mal Mario que... que cuando me  
238 fui a levantar en la mañana... caí... menos  
239 mal que yo duermo con la nieta al lado en el  
240 colchón: ella duerme conmigo en mi cuarto  
241 y cuando me fui a levantar, menos mal que  
242 la niña ya estaba en el colegio y yo caí... en-  
243 tonces vino Marcelo y me insultó y me dijo:-  
244 Entonces yo me voy porque si te vio el me-  
245 jor psiquiatra de Maracaibo yy... no quieres  
246 poner de tu parte porque estee... amaneciste  
247 peor porque no quieres poner de tu parte y yo  
248 me voy y te dejo sola (en tono de reclamo) ,  
249 me dijo así. Entonces yo pensé: -Si esto... si  
250 yo me estoy muriendo (reflexionando), si es-  
251 toy sintiéndome tan mal...yo no voy a tomar  
252 el tratamiento pues para... morirme (pausa).  
253 C: ¿No te lo ibas a tomar?  
254 R: Sí, me lo tomé al pie de la letra como dijo  
255 el doctor, me quedé sola (pausa corta), todo el

<b>CATEGORÍA:</b> <b>VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>ESTIGMA.</b> <b>LÍNEAS 255 – 263.</b>	256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298	<p>día hasta que el llegó en la noche; cuando él llegó en la noche me preguntó que cómo me sentía y yo le dije: -¡Mal! entonces me dijo que: <u>-Que él no aguantaba, que él se iba de la casa, que me iba a dejar, que él lo sentía mucho, que me quedara con mis hijos</u> (apresura tono de voz) y yo le dije: -Sí, okay, yo no te voy a obligar yy... me tomé otra vez el tratamiento yy... ya iba por el tercero ¿Verdad?... -la tercera ee... dosificación, cuando en la mañana me levanté, me levanté como si nada hubiera pasado (pausa) o sea, era que... que el tratamiento era muy fuerte y que lo, lo había rechazado porque era muy fuerte. Cuando me levanté, me levanté y fue a regar la... las plantas, fue a arreglar la cocina como si no hubiera pasado nada; después a la semana o a los quince días volví con el doctor yy... bueno y él me vio de nuevo y me dijo:-Señora Rose, usted se me iba a morir (pausa), usted se me iba a morir si yo no le, no le receto ese tratamiento usted se me muere; yo sabía que ese tratamiento la iba a salvar.</p> <p><b>C:</b> Es decir, que ese tratamiento, a pesar que tuviste una recaída muy fuerte te resultó; a tu entender te resultó porque volviste a tus actividades normales.</p> <p><b>R:</b> Volví a mis actividades normales y adiós crisis nerviosa, adiós crisis nerviosa y adiós... taquicardia, porque es una taquicardia que me da... que me vuelve loca Mario o sea, cuando me da... me da feo; <u>se me sube la tensión</u> (voz exaltada) y ese es el problema que de mi familia; todos han muerto del corazón y dee... de ACV y dee... y de derrame cerebral (pausa media) por... mi padre lo tuvo, um...su hermano de cuarenta años lo tuvo; a los cuarenta años murió por un derrame cerebral... y todos mis primos han muerto de trombosis, a mis hermanos ee... dos murieron de trombosis; una de ACV y una de trombosis yy... Los internistas me dicen a mí que yo estoy allí, ahí estoy en la...en la línea de la estadística</p>
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>COMORBILIDAD.</b> <b>LÍNEAS 284 - 299.</b>		

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 321– 335.**

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN DE SÍ**  
**MISMA.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**ACTITUD POSITIVA.**  
**LÍNEAS 332 – 338.**

299 como que... si me, me, me va a dar si no me  
300 cuido, si no dejo de comer sal.  
301 **C:** Y después del doctor R ¿qué otros doctores  
302 te han seguido viendo o has tenido cambios o  
303 te ve actualmente él?  
304 **R:** Me ve actualmente él, no lo cambio por  
305 ninguno.  
306 **C:** ¿Con qué regularidad tienes consulta con  
307 él?  
308 **R:** ¡Bueno!, hemos dejado...Marcelo me ha  
309 dejado de llevar estamos en eso quee... me  
310 llegue una platica para irme a ver con él,  
311 porque él dice que no debo dejar de ir; no  
312 debo.(Corta).  
313 **C:** ¿Quién lo dice?  
314 **R:** El doctor R síii... porquee... cuando me da  
315 la crisis; mmme daaa... quee... (pausa corta)  
316 que yo digo que en un momento de esos que  
317 ojalá que no me vuelva a dar... puedo caer  
318 muerta.  
319 **C:** Si el doctor te ha tratado tan bien, si sus  
320 tratamientos hayan dado tanto resultado,  
321 ¿cómo explicas tú las nuevas recaídas?  
322 **R:** Exactamente, eso es lo que él (pausa corta)  
323 no (pausa corta) se explica, lo que él no cree  
324 que si yo me estoy tomando el tratamiento;  
325 nos dice: -¿Por qué yo me pongo así? pero  
326 fue...tuve viendo me con el doctor R sufrí...  
327 una... decaída ee... que no recuerdo cual, cual  
328 fue el motivo; yo creo que fue un disgusto con  
329 Marcelo ¡sí!, fue un disgusto con Marcelo que  
330 me llevó... aaa... ese extremo (voz pausa-  
331 da) de que, de que estaba temblando, estee...  
332 malhumorada; ahí me puse malhumorada que  
333 yo no (énfasis). A mí no me gusta tar...estar  
334 mal... malhumorada no, no, no es mi, mi esti-  
335 lo; lo mío es estar con una sola guachafa, una  
336 sola risa. (rápida pronunciación).  
337 **C:** Contenta, alegre.  
338 **R:** Contenta, alegre, bailando...síi... disfru-  
339 tando, cantando. Ee... el... en el segundo sí  
340 hubo un motivo.  
341 **C:** ¿En qué seguño?

<b>CATEGORÍA:</b> <b>TRATAMIENTOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>BAJA EFECTIVIDAD.</b> <b>LÍNEAS 341– 345.</b>	342 343 344 345 346	<b>R:</b> En el segundo...en la segunda recaída con este doctor. Como me lo dicen todos los médicos que me ven, este... la eminencia, lo llaman la eminencia al doctor R. Ee... nos atracaron y nos quitaron el carro y vi que
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 345 – 375.</b>	347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384	(pausa muy corta) estaban apuntando a Marcelo en, en el hígado y yo estaba montada en el carro yy...y el hombre noo...noo...Marcelo no daba las llaves y el hombre e... tratando de abrir la puerta y yo que no se la abría yy... (tono de voz acelerado) cuando... entregamos ee... Marcelo entregó las llaves yo entregué el celular porque vi que no nos lo pidieron y dije: -Nada, esto es que no van a entregar el carro y lo van a negociar y; tiré mi celular y por eso fue que Marcelo se comunicó con ellos. Recuerdo perfectamente que Marcelo quedó en el portón... de la cera y yo subí (breve pausa) porque la casa de Roberto tiene e por subida por... subí por el garage que rampa; no por el portón pequeño que son escalones sino por la rampa y me senté enn... la sala; allí sentí que las piernas se me fueron, allí sentí que las piernas se me fueron yy... sentí una cosa muy fea en la cabeza y un temblor, entonces me preguntaron que qué había pasado y le dije: - <u>Acaban de atracar a Marcelo</u> (voz apresurada), allí (pausa media) caí en depresión; allí caí en depresión, entonces, cuando Marcelo me lleva a la consulta de emergencia, él preguntó: -¿Por qué la señora Rose está así? Tuvo que haber pasado algo o no se está tomando el tratamiento, Marcelo le dijo: -Sí se está tomando el tratamiento, pero nos atracaron; entonces dijo: -Eso fue. Eso era el motivo, dijo él.
<b>CATEGORÍA:</b> <b>TRATAMIENTOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>MEDICALIZACIÓN EXCLUSIVA.</b> <b>LÍNEAS 382 – 392.</b>	383 384	<b>C:</b> Tú me contaste ayer de un episodio que fue el seis, seis del dos mil seis en el cual tú intentaste acabar con tu vida. En este momento, ¿tú estabas bajo el tratamiento de algún médico? <b>R:</b> Estaba el trata... con el tratamiento del doctor V, que él fue el que dio la orden de

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 390– 393.**

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 391 – 400.**

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 401 – 411.**

385 los medicamentos que me iban a colocar para  
386 lavarme el estómago, porque sí fui afectada:  
387 tuve conn...umm... laa... los medicamentos  
388 que me tomé estuve cuatro horas dormida,  
389 dormida, dormida...totalmente. Él por su-  
390 puesto me regañó, por supuesto estee...bue-  
391 no, ya él lo sabía porque yo siempre le decía:  
392 -Doctor yo **tengo ganas de quitarme la vida**  
393 porque yo no me voy a curar nunca... yo veo  
394 que usted cura a todo el mundo, le decía, veo  
395 a los enfermos que llegan aquí: grave, que no  
396 pueden caminar, que tienen la vista desorbi-  
397 tada, que caminan con la cabeza hacia abajo  
398 como llego yo a veces y usted los (breve pau-  
399 sa) enseguida los levanta, los cura... y usted,  
400 o sea, yo veo que usted no me va a sanar a  
401 mí (tono de voz desalentador)... perdón-  
402 me que se lo digo, porque usted es un doc-  
403 tor que la nasa lo ha pedido (breve pausa) y  
404 usted rechazó el contrato de la nasa, porque  
405 no (pausa corta) quiere que sus hijos queden  
406 solos mientras usted está (pausa corta) todo el  
407 día en la nasa; usted me dice que lo absorbe  
408 la nasa y sus hijos van a quedar solos y no  
409 quiere tener hijos drogadictos yy... un doctor  
410 como la talla de usted, estee... umm... noo...  
411 yo no debería... no debería estar así, debería  
412 estar ya sanada (acelera su tono de voz).  
413 **C:** En síntesis, nosotros podemos hablar de  
414 que a ti te han visto entonces tres médicos psi-  
415 quiatras. Eh... V, el doctor G y el doctor R.  
416 Para concluir, ¿cómo crees tú que ha sido la  
417 relación que ellos han tenido contigo y la re-  
418 lación que tú has tenido con ellos?; es decir,  
419 ¿ellos se han hecho eco de tus planteamientos  
420 cuando tú no estás de acuerdo con algún me-  
421 dicamento?.  
422 **R:** El tratamiento del, del italiano; del hijo  
423 del italiano: el doctor V estee... siempre fue  
424 impuesto, siempre... me trató imponiéndome  
425 todo siempre, siempre regañándome, siempre  
426 diciéndome por quéee...yo no me tomaba el  
427 tratamiento porque no, no alcanzaba el dine-

**CATEGORIA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 434– 445.**

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 447– 450.**

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 466 – 475.**

428 ro para comprar el tratamiento; ahora resulta  
429 que por nuestro Dios, nuestro señor Jesucris-  
430 to ee... por el doctor V me daa... el seguro  
431 social el tratamiento con una orden de él, lue-  
432 go que él me dijo que ya habíamos termina-  
433 do con las terapias ee... no quise molestarle  
434 cuando caí ennn... en la crisis de muerte ee...  
435 fui al... A Marcelo le recomendaron al doc-  
436 tor R y como una eminencia, como alguien  
437 que, que levanta a una persona: en quince días  
438 le dijeron a él; no, a mí me levantó en tres  
439 días, en dos días (rectifica) eemm... el doctor  
440 R muy, muy sutil; muy, muy cariñoso, muy  
441 amable este... condescendiente. Eenn...  
442 como los medicamentos me cayeron mal y yo  
443 no lo llamé; él no me impuso nada, sino que  
444 (pausa corta) era que yo me estaba yendo; que  
445 me estaba muriendo (énfasis) lo hice, lo hice  
446 y resulta que, era que emmm...  
447 **C:** ¿Qué hiciste?  
448 **R:** Que me tomé el tratamiento sintiéndome  
449 mal, cayéndome mal, rechazándolo; rechacé  
450 todos los medicamentos es...el... la noche, el  
451 día y por la noche y al otro día...al tercer día  
452 me levanté sin sentir nada; sin sentir mareo;  
453 sin, sin irme y caerme (pausa media) vez...  
454 yy...bueno, (pausa media) no molesté al doc-  
455 tor R; sino que fui a la semana, esa vez fue a  
456 la semana y... no estaba en congreso, él lo  
457 que hace son congresos ennn... fuera de Ve-  
458 nezuela yy... yy... él me vio perfecta, me vio  
459 perfecta; incluso me, me dijo que tenía buena  
460 piel, me agarró por los hombros, me apretó  
461 los brazos (tono de voz calmado) y me dijo:  
462 -tienes muy buena piel, cuídate mucho ee...  
463 me dijo: -Señora Rose, cuando yo la vi a usted  
464 en ese estado a mí me dio mucha tristeza, me  
465 dio mucha, mucha cosita con usted; no se me  
466 vaya a volver a poner mal yy... yy... bueno  
467 (pausa corta) no lo he vuelto a ver más y él es  
468 del que... cuando el paciente está muy mal,  
469 él sale de su... consultorio ee... con él, con  
470 el paciente detrás del paciente hasta que sale

<p><b>MARCA-GUÍA: CUANTÍA DE MÉDICOS. LÍNEAS 484 – 486.</b></p> <p><b>CATEGORÍA: TRATAMIENTOS. MARCA-GUÍA: MEDICALIZACIÓN EXCLUSIVA. LÍNEAS 488 – 492.</b></p> <p><b>CATEGORÍA: TRATAMIENTOS. MARCA-GUÍA: BAJA EFECTIVIDAD. LÍNEAS 495– 503.</b></p>	<p>471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513</p>	<p>(pausa) hasta que sale; o sea, muy atento, es muy atento... debe ser que tiene mucha educación (pausa) con esos congresos que ha hecho figúrate tú en, en Suiza, en Washington; no digo está bien; muy bien preparado, sabe mucho.</p> <p><b>C:</b> Además de esos médicos que has tenido cierta continuidad con ellos ¿has tenido algún tipo de relación muy breve con algún otro médico?</p> <p><b>R:</b> Con psiquiatras no (pausa corta) psiquiatra solamente el doctor R y el doctor V; con ginecólogo internista...</p> <p><b>C:</b> ... y G.</p> <p><b>R:</b> Con G, pero G como está acostumbrado a tratar en la granja con los drogadictos: él me trató como drogadicta.</p> <p><b>C:</b> ¿Cómo te trató?</p> <p><b>R:</b> Como así con los medicamentos. Nooo... de cariño... ¡bien! G es muy cariñoso y da mucha confianza, pero me...me, me volvió loca con el Rivotril; tanto fue... (pausa media) Mario debemos hablar de esto: fue de película, tanto fue que mee...</p> <p><b>C:</b> ¡Hablemos!</p> <p><b>R:</b> ...Me sobrepasó de droga y cuando yo sentí esa... ese rechazo a la droga ee... comencé a temblar y a llorar yy... mi hija me llevó para el psiquiátrico que estaba el doctor V allí todavía, fue cuando yo hablé con G: -Tú te tienes que hacer responsable de esto, porque tú me, me pasaste de droga. Es que él fue el que dio la orden para que me hospitalizaran, entonces el doctor (pausa media) V umm... estee... por la orden que había dado y G me hospitaliza y me desintoxica a través deee...¡la vena! (énfasis) sí, intravenosa; o sea, me...me inyectó algo; no sé cómo se llama para (pausa media)... para desintoxicarme y unas ampollas para desintoxicarme que me las inyectaba por los glúteos me dolió muchísimo...fue horrible, fue terrible; fue (pausa corta) la hospitalita..., la hospitalización</p>
--	--	--

**CATEGORÍA:**  
**HOSPITAL PSIQUIÁ-**  
**TRICO.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**DIMENSIÓN NO TERA-**  
**PÉUTICA.**  
**LÍNEAS 510 – 536.**

**MARCA-GUÍA:**  
**PROFESIONALISMO.**  
**LÍNEAS 540 – 551.**

514 más grave que yo tuve; me tuvo que sacar por  
 515 laa... muchacha drogadicta que no quería que  
 516 esa muchacha (pausa) me hiciera daño porque  
 517 yo estaba tan débil quee... umm... él no que-  
 518 ría que esa muchacha me hiciera daño; una  
 519 muchacha jovencita porque esa muchacha era  
 520 paciente de él y la muchacha trató de darle  
 521 una cachetada, una bofetada al doctor V y él,  
 522 le agarró los brazos en...en el aire; entonces  
 523 dijo: -Nada, esta muchacha me le puede dar...  
 524 me le puede hacer daño a la señora Rose; mas  
 525 yo era su malcriada, entonces, hubo un día que  
 526 él se daría cuenta...digo yo, que le presté los  
 527 cigarrillos a las seis de la tarde una caja entera  
 528 y ya a las ocho de la noche no tenía un cigarril-  
 529 llo en la caja y..., entonces se lo reclamé y le  
 530 dije: -Cómo te me vas a fumar los cigarrillos  
 531 y ahora en la noche: ¿Qué voy a fumar yo si  
 532 tengo insomnio?, entonces... las enfermeras  
 533 como que le dijeron a él, inmediatamente me  
 534 dio de alta, inmediatamente me dijo: -Señora  
 535 Rose, yo no puedo aceptar de que usted esté  
 536 al lado de esa muchacha; no puedo porque su  
 537 enfermedad es diferente a la de ella.  
 538 **C:** En resumen, ¿cómo calificarías entonces  
 539 tú la relación con los médicos? (termina la  
 540 cinta de cassette).  
 541 **R:** Sí, sí (tono de voz bajo, casi sin entender)  
 542 ellos siempre me han tratado bien, me han  
 543 querido escuchar, han tenido mucha pacien-  
 544 cia...el primero quee... con quien yo traté (én-  
 545 fasis con pausas entre cada palabra) ee...con  
 546 las terapias, fue con el doctor V quee... fue  
 547 quien mee... enseñó a vivir porque yo no...  
 548 yo estaba desorbitada. Con esos dos años es-  
 549 tuve en cama sin poderme levantar, con esas  
 550 cosas que yo tenía prensada (énfasis) en...en  
 551 mi mente, en mi sien...yo tenía aa...e... co-  
 552 sas (pausa breve) cosas terribles (énfasis).  
 553 **C:** ¿Cosas como cuáles?, ¿como las que me  
 554 acabas de señalar hace rato?  
 555 **R:** Como que me quería quitar la vida, como  
 556 que... quee... vivía llorando por miii... por



<b>CATEGORÍA:</b> <b>VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>ESTIGMA.</b> <b>LÍNEAS 557 – 558.</b>	557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599	<p>mi pobreza, mi tristeza, ennn... que era incomprendida por mis hijos (pausa corta); eso fue antes de conocer a Marcelo, antes de entrar a la iglesia. Cuando... cuando entré a la iglesia cambié (pausa corta) muchísimo.</p> <p><b>C:</b> ¿Hace cuánto tiempo que entraste a la iglesia?</p> <p><b>R:</b> Enn... en el... <u>1995</u> (tono de voz acelerado) recuerdo; en el 1995 fui bautizada, ee... mis pastores me atendieron... atendían muy bien cuando... allí no me veían psiquiatras, cuando... mi psiquiatra era el señor Jesucristo... cuando caí en crisis el pastor...yo lo llamaba y él (breve pausa) me oraba por teléfono hasta (pausa corta) el otro día que él se aparecía en mi casa (pausa media) a orarme.</p> <p><b>C:</b> Ahora, cómo evalúas tu situación antes de ir a los psiquiatras y después estando con los psiquiatras.</p> <p><b>R:</b> Me sentí muy, muy, muy bien con el doctor V ...con las terapias (pausa corta) de mucho valor o sea... e... tiene mucha sabiduría, muy bien (pausa corta) con sus medicamentos, muy bien con sus regaños cuando le decía algo o le preguntaba algo de su vida privada: que era por encimiiiiita así ee... me contestaba: -Sin comentarios (tono tajante) ee...muy cortante el doctor V, pero (pausa corta) él me decía que me quería mucho, lo llamaba por teléfono y en el acto mee... contestaba, me atendía; el doctor V me enseñó a vivir, a vivir porque yo no sabía qué hacer con mi vida: no sabía. Él... cuando me ofendía... cuando mis hijos me ofendían muy feo me llamaban loca ee...trastornada, estee...que yo estaba loca, que yo estaba mal, que no tenía sanación... ee... yo se lo contaba a él y él se entristecía y me decía: -Señora Rose (pausa media) yo le quiero decir algo a usted (pausa media) yy... le quiero decir la verdad para que usted siga adelante y no se me esté in... entristeciendo, no se me esté deprimiendo; usted no está enferma mental...mente; usted lo que tiene es</p>
<b>CATEGORÍA:</b> <b>TRATAMIENTOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>OTRAS TÉCNICAS.</b> <b>LÍNEAS 559 – 571.</b>		
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PROFESIONALISMO.</b> <b>LÍNEAS 575 – 587.</b>		
<b>CATEGORÍA:</b> <b>VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>ESTIGMA.</b> <b>LÍNEAS 588 – 592.</b>		

**MARCA-GUÍA:  
CUANTÍA DE MÉDI-  
COS.**

**LÍNEAS 605 – 607.**

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.**

**LÍNEAS 607 – 612.**

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.**

**LÍNEAS 621 – 630.**

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:  
MEDICALIZACIÓN EX-  
CLUSIVA.**

**LÍNEAS 640 – 644.**

600 depresión (pausa)... una depresión muy brava  
601 ee... pe... pero usted: es muy inteligente o es  
602 que no se ha dado cuenta que usted es muy  
603 inteligente. Ee... bueno (pausa corta) termi-  
604 naron las consultas de él con respecto a las te-  
605 rapías yy... me envió para que un doctor que  
606 se llama Ge que está en, en la Universidad del  
607 Zulia quee... hace hipnosis ee... hace hipno-  
608 sis (tono pausado) yy... el doctor Ge ee...  
609 muy, muy cariñoso muy... es sutil, es amable,  
610 es todo, me daba las citas y me recibía aa...  
611 ee... el tiempo que yo quisiera en su sillón de  
612 descanso, pero cuando el doctor Ge me esta-  
613 ba tratando yo comencé a sufrir otra vez del  
614 estómago yy... no podía concentrarme más  
615 (énfasis): era dolor y temblor; dolor y temblor  
616 y después perdí el contacto con él, aunque  
617 yo tengo su celular... yo podría volverlo a  
618 llamar y él me puede dar de nuevo otra vez  
619 la cita, pero como conocía al doctor R quien  
620 me mejoró tanto he dejado al doctor Ge para  
621 otra cuestión; para después porque el doctor  
622 V dice que toda mi enfermedad viene aaa...  
623 eee... de... mi niñez, desde el maltrato que  
624 me daba mi hermano quee... era un alcohóli-  
625 co ee... y miii... mi matrimonio, mi ex ma-  
626 rido ee... me maltrató demasiado, demasiado  
627 (tono de voz pausado) yy... o sea que cada  
628 día esos maltratos mientras yo era más sumi-  
629 sa, mientras yo era más cariñosa, más atenta,  
630 ummm... más trabajadora él (pausa media) se  
631 ensañaba más contra mí.  
632 **C:** ¡Perdón!, me estás hablando de la per-  
633 sona que actualmente te acompaña; que me  
634 has nombrado antes como Marcelo, ¿Es esa  
635 persona?  
636 **R:** Noo... noo... ese es el hombre de quien  
637 yo me divorcié, el hombre que...con quien  
638 yo me casé..., mi primer novio, el padre de  
639 mis tres hijos (pausa media) ese es el padre de  
640 mis tres hijos. Bueno cuandoo... (pausa) vol-  
641 viendo aa... aa... los médicos, cuando entré  
642 con el doctor R estoo... no me impuso que

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 646 – 650.**

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 658 – 664.**

**MARCA-GUÍA:  
OTROS AGENTES SO-  
CIALES.  
LÍNEAS 672 – 674.**

**MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 675 – 678.**

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
MEDICALIZACIÓN EX-  
CLUSIVA.  
LÍNEAS 679 – 686.**

643 me tomara los medicamentos para nada, para  
644 nada sólo me decía quee... tomara el medi-  
645 camento como él me lo indicaba porque era  
646 la... esa era la, la forma en que yo iba a salir  
647 de la (pausa corta) de la crisis yy... así fue,  
648 o sea: un médico condescendiente, un médi-  
649 co amable; un médico con mucho, mucho...  
650 yo diría: muy profesional, muy profesional el  
651 doctor; muy amable, muy bello. (Corte por  
652 ruido externo).

653 **R:** Íbamos por el... algo... ahí venía algo im-  
654 portante (corte) ahí venía algo muy importan-  
655 te (tono de voz bajo).

656 **C:** Estábamos hablando del maltrato de tu  
657 primer esposo... que V te había recomendado  
658 algo al respecto.

659 **R:** (Pausa corta). Bueno, él... él estudió mi  
660 vida, mi caso yy... dedujo que... mi enfer-  
661 medad venía primero (pausa corta) de que...  
662 yo...ee... atendía mi padre enfermo y, este...  
663 mentalmente e... adquirí umm...e... él me  
664 enseñó a que yo me enfermara porque siem-  
665 pre fui una enfermiza; siempre.

666 **C:** ¡Ya!, pero quiero recapitular lo siguiente:  
667 Si sintetizo un poco lo que tú me estás plan-  
668 teando desde el momento que entras con los  
669 médicos psiquiatras te encuentras mucho me-  
670 jor que cuando estabas bajo la influencia de tu  
671 iglesia, de la iglesia a la cual tú perteneces. Te  
672 fue mucho mejor allí o con los psiquiatras.

673 **R:** (Pausa)... En la iglesia (pausa corta) me  
674 fue (pausa) ee... emm... emocionalmente  
675 muy bien, muy bello (tono entrecortado)...  
676 muy bello, pero con mis médicos me he sen-  
677 tido muy bien, muy bien; sobre todo con el  
678 último que... me ha... indicado los medica-  
679 mentos que me (pausa corta) me hacen bi... el  
680 bien, me hacen bien em... sólo que el doctor  
681 V me...este... me recetó el Valcoter (pausa  
682 corta) dos veces al día y yo por ahorrarlo: me  
683 tomaba una y eso fue el problema porque, me  
684 daba la crisis porque así me lo dijo el doctor  
685 R; el segundo me dijo: -Por eso es que usted

**MARCA-GUÍA:  
CUANTÍA DE MÉDI-  
COS.  
LÍNEA 691.**

**CATEGORÍA:  
VALORACIÓN PERCEP-  
CIÓN FAMILIAR.  
MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 718 – 738.**

686 cayó en crisis porque no se tomaba los dos  
687 medicamentos (pausa larga).  
688 C: Tú me señalaste el caso de un profesor o  
689 de otro doctor Ge que no era un médico psi-  
690 quiatra, sino que era un médico que tiene que  
691 ver con un área afín.  
692 R: Sí, sí es psiquiatra.  
693 C: Él también es médico psiquiatra.  
694 C: ¿Has tenido así algún contacto con otros  
695 médicos que no sean necesariamente psiquia-  
696 tras; de psiquiatría que te hayan visto, vincu-  
697 lado a tu enfermedad?  
698 R: (Pausa) A...Anteriormente con mis mé-  
699 dicos cirujanos, tú sabes que el médico ee...  
700 trata mucho la psicología y ellos me, me ayu-  
701 daban en el sentido de que me aconsejaban:  
702 -mira tú no tienes nada, tú lo que tienes son  
703 nervios ee... fijate que, que tu matriz estaba  
704 dura (tono de voz pausado) como una piedra  
705 (énfasis) o sea, eso... eso es una cosa muy  
706 extraña que a ti te digan eso y yo le dije: -Ch  
707 y por qué: ese es el profesor de la Universi-  
708 dad (destaca) le dije: - Y eso por qué se puso  
709 así, a qué se debe. -Al estrés en que tú vives  
710 me dijo, eso yo te lo hubiera curado con tra-  
711 tamiento y no te hubiera llevado a la cirugía.  
712 Él... (pausa) él me dijo que (pausa corta) mis  
713 ovarios estaban a la perfección, que lo que te-  
714 nía era un quiste folicular de esos que van y  
715 vienen (pausa) que eso él me lo hubiese quita-  
716 do con tratamiento. Él...umm y D me trataron  
717 psicológicamente, me aplicaron la psicología,  
718 me aconsejaban mucho, me... decían cosas  
719 como que... En la última operación Ch me  
720 dijo: -Vive tranquila; vive tranquila, vive tu  
721 vida, búscate una pareja, mira que estás muy  
722 sana, no te vayas a ir con... (pausa corta) el  
723 uno y con el otro porque...acuérdate que hay  
724 un sida; no te me vayas a contaminar ve ee...  
725 (pausa) busca una, una sola pareja porque  
726 mira que estás bien sana porque yo te... es-  
727 culqué bien, y tienes unos, unos órganos muy  
728 sanos. Ellos, ellos me ayudaron mucho, inclu-

	729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739	<p>so cuando yo le pregunté a Ch: -¿Ch, será que yo tengo sida? Y me dijo: -Fue el primer estudio que te mandé a sacar y está negativo; -Ch, ¿será que tengo las, las defensas bajas? -Las tienes más altas que yo y tú te estás alimentando mal y todavía tienes las defensas altas. Y entonces, bueno... (pausa corta) eso me dio seguridad para seguir viviendo y no pensar de que tenía cáncer, como me decían las demás personas: que yo tenía cáncer.</p> <p><b>C:</b> Bueno, entonces finalizamos aquí.</p>
--	---	--

SESIÓN DE ENTREVISTA: 3. CATEGORÍA: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.		
RELATORA (R): ROSE.		CORRELATOR (C): MARIO GONZÁLEZ.
CATEGORÍAS/MAR- CAS-GUÍAS	LÍNEAS	ENTREVISTA
MARCA-GUÍA: DIMENSIÓN NO TERA- PÉUTICA. LÍNEAS 13 – 25.	1	C: ¡Buenas, Rose! En esta tercera sesión yo
	2	quisiera, (pausa corta) a petición tuya, que
	3	habláramos de tu estadía en el Hospital Psi-
	4	quiátrico. Tú estuviste en el Hospital Psiquiá-
	5	trico de Maracaibo que es una institución de
	6	carácter público ¿verdad? Yo quiero que me
	7	cuentes: ¿Cuál fue tu vivencia cuando estu-
	8	viste allí hospitalizada? Quisiera que me dije-
	9	ras el tiempo en que estuviste allí, qué fechas,
	10	quién te trataba, cuál fue el diagnóstico por
	11	el cual te tuvieron que llevar allí. ¿Cómo te
	12	trataron en el hospital?
	13	R: En el hospital, esto... me trataron horrible,
	14	horrible... ee...tuvo que... hablar el doctor
	15	V para que... dejaran el... (pausa media) el
	16	maltrato conmigo porque... (interviene el in-
	17	vestigador)
	18	I: ¿Qué tipo de maltrato?
	19	R: O sea (pausa larga) ee... cuando me le...,
	20	me desperté, cuando fui hospitalizada no po-
	21	día caminar, me llevaron en silla de ruedas
	22	para el piso, el siete estee... cuando e... me,
	23	me acostaron me quedé dormida (pausa) total
	24	sin ventilador, <u>eso estaba caliente</u> (énfasis)
	25	ee... recuerdo que... me acosté a dormir...
	26	vestida y de pronto me levanté con un... unos
	27	dolores (pausa) extraños, unos dolores que
	28	yo ya los había sufrido anteriormente en las
	29	operaciones y yo no me explicaba el porqué
	30	tenía que dolerme eso igual (pausa corta) a
	31	mí... a los ope... post-operatorio, entonces,
	32	mi pregunta era: <u>¿Por qué estoy así, porqué</u>
	33	<u>me duele y por qué no resisto yy... porqué</u>
	34	<u>si estoy tan adolorida el doctor me deja aquí</u>
	35	<u>sola?</u> (Énfasis). Y ... comencé a sentir mie-
	36	do (pausa larga) ee... de repente me levanté
	37	y fui la, él, la habitación que era justamen-
	38	te al cuarto de enfermería y estaba allí ah...
MARCA-GUÍA:	39	ee... había una negra y una... blanca y le dije
	40	que... yo no resistía el dolor de la espalda, de

**MARCA-GUÍA:  
INVOLUNTARIO.  
LÍNEAS 43 – 60.**

**MARCA-GUÍA:  
DIMENSIÓN NO TERA-  
PÉUTICA.  
LÍNEAS 66 – 74.**

40 que... yo no resistía el dolor de la espalda, de  
41 la parte lumbar y del vientre que me sentía su-  
42 mamente mal que por favor mee... inyectaran  
43 algo para el dolor y me dijo que me quedara  
44 tranquila, que... si no me quedaba tranquila  
45 me iba a amarrar (voz que denota desprecio,  
46 indiferencia) y le dije:- Si yo estoy aquí para  
47 que me quiten el dolor, yo no estoy loca yo...  
48 mentalmente no estoy loca, yo no estoy pa-  
49 deciendo de, de, de nervios ni de, ni de tem-  
50 blores no... estoy tranquila, lo que tengo son  
51 dolencias.  
52 **C:** ¿Eso era en el hospital psiquiátrico?  
53 **R:** Eso fue en el hospital psiquiátrico y me  
54 volvieron a repetir: -Vete a acostar porque si  
55 no te vamos a amarrar y yo les contesté: -Us-  
56 tedes a mí no me van a amarrar porque yo no  
57 me voy a dejar amarrar porque yo no estoy  
58 loca, yo no me voy a dejar manejar este...  
59 (voz exaltada) como ustedes manejan a las,  
60 a las hospitalizadas aquí (voz más calmada)  
61 entonces... fui y me acosté, entró Marcelo y  
62 entró Adriana y les dije cómo me sentía: te-  
63 rriblemente mal (énfasis + rabia) entonces  
64 ellos noo... dejaron en...que yo llevara una  
65 colchoneta porque... entonces las demás iban  
66 a creer que yo tenía preferencia y que yo era  
67 la burguesa entonces umm... le dije a Adria-  
68 na que me llevara acolchados para colocarle  
69 a la cama porque e los yerros de la cama me,  
70 me...me rompían, me estremecían (voz irri-  
71 tada y con énfasis) las costillas de la espalda,  
72 más si me acostaba de lado: igual ee... no  
73 tenía almohada en ese momento...me lleva-  
74 ron (pausa corta) la almohada, los acolchados  
75 y...(pausa corta) nada, seguía la molestia  
76 pero... a mi lado había una muchacha que  
77 había dado a luz y tenía la hemoglobina baja  
78 y...le estaban subiendo la hemoglobina para  
79 poderla operar de la vesícula mas yo me tran-  
80 quiliké porque ella no era una enfermedad...  
81 no era una enferma de... mental.

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 114 – 119.**

82 C: Es decir, que allí coexistían enfermas men-  
 83 tales y personas que no eran enfermas men-  
 84 tales.  
 85 R: Así es, así es (voz firme).  
 86 C: Y, ¿a qué crees tú que se debía eso?  
 87 R: A la falta de... de camas y a la falta de  
 88 hospital de... aquí en Maracaibo.  
 89 C: Ya, pero quisiera precisar ¿cuándo es que  
 90 ingresas tú al hospital psiquiátrico, en qué  
 91 fecha si te pudieras recordar, cuánto tiempo  
 92 estuviste allí, cuáles son las razones por las  
 93 cuales tú ingresas, qué médico te ingresa,  
 94 verdad? para que después profundicemos un  
 95 poco más sobre tu estadía allí.  
 96 R: Bueno, (pausa corta) Mario el año no re-  
 97 cuerdo, pero vamos a, a precisar que fueron  
 98 hace... hace (pausa larga) siete años, sería en  
 99 el dos mil...  
 100 C: Uno  
 101 R: Uno.  
 102 C: Dos mil dos.  
 103 R: O dos mil dos. ¡Sí! Completo porque es-  
 104 taba mi hermana viva y... mi hermano vivo;  
 105 esa es la fecha ... sin embargo, yo voy aaa...  
 106 a proponerme a buscar los récipes primeros  
 107 que sí los tengo, que no los he botado los del  
 108 doctor V; que me ingresó fue el doctor V, me  
 109 ingresó con las emm... gastroenterólogo y la  
 110 internista. Cuando ellas me hablaron, ellas  
 111 (pausa corta) me preguntaron lo mismo que  
 112 tú me estás preguntando: -Usted, ¿qué cree?,  
 113 ¿por qué está hospitalizada?; ¿qué cree usted  
 114 que tiene? Entonces... ¿Usted cree que tiene  
 115 una enfermedad incurable? Le dije: -Sí, yo  
 116 tengo una enfermedad incurable: los nervios,  
 117 las crisis (pausa media) yo, umm... no veo,  
 118 no veo la sanación. Entonces ella... este...  
 119 además, tengo yardias yy... el Metrobac me  
 120 cae fatal y me deshidrata; ¡estoy deshidrata-  
 121 da! Y ella... me die... me dieron la razón, me  
 122 dijo que me iban a dar el medicamento con  
 123 un protector estomacal que se llama: Raniti-  
 124 dina que me la inyectaban por la vena eso me



<b>CATEGORÍA: ENFERMEDAD. MARCA-GUÍA: COMORBILIDAD LÍNEAS 126 – 132.</b>	125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139	mejoró muchísimo, muchísimo; me mejoró muchísimo el estómago, pero los nervios siguieron. Eso es como si uno tuviera umm... un (pausa corta) este... una... un cable e... um... de luz (pausa corta) encendido, como si le metieran a uno electricidad <u>igualito</u> (énfasis), igualito, igualito, igualito es igual que cuando uno se da un corrientazo ee... en la... hospitalización es pésima ee... uno tiene que tener... llevar la, la comida horrible, ee... los envases habían que lavarse con agua porque no había jabón ni esponja mucho menos, entonces... ee... Marcelo me llevaba las, las tres comidas y el jugo me lo guardaban en la nevera eemm... yo compartía mi comida con las que más estaban conmigo, con las que... no tenían (pausa corta) con las que no estaban locas, con las que habían sufrido ee... e... shock; como una muchacha que...joven-cita (destaca) que consiguió el marido en la cama de ella con otra mujer yy... y... agarró un shock y la hospitalizaron y no <u>la atendían</u> (énfasis) y la inyectaban y ella no estaba nerviosa, ella no estaba loca hasta que yo vine y le dije a Javier: a mí... yerno, que me prestara el teléfono para que ella se comunicara con su familia y la pudieran sacar de allí porque no era justo que esa muchacha estuviera allí (pausa corta) entre tantas emm... enfermas mentales, entonces así fue yy...hubo un día que... que hubo unnn... un... disgusto con una (pausa muy breve) que limpiaba y... es-tee... (pausa larga) trataron de involucrar a esa muchacha y yo le dije que ella no había sido, quee... no se metieran con ella y entonces vino la enfermera graduada y mee... <u>gritó horrible</u> (énfasis) me dijo que si yo quería (pausa corta) e...ser una líder allí armar un bochinche que sinoo... (pausa corta) iba a participar eso a la Dirección porque yo estaba (pausa corta) estee... sabotando y yo le dije: <u>-No..., un momentico</u> (tono de voz que designa molestia) a mí lo que no me gustan son las
<b>MARCA-GUÍA: DIMENSIÓN NO TERA- PÉUTICA. LÍNEAS 132 – 149.</b>	132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167	
<b>MARCA-GUÍA: SOLIDARIDAD. LÍNEAS: 149 -159.</b>		
<b>MARCA-GUÍA: DIMENSIÓN NO TERA- PÉUTICA. LÍNEAS 160 – 168.</b>		

<b>MARCA-GUÍA: SOLIDARIDAD. LÍNEAS: 166 -174.</b>	168 169 170 171 172 173 174	(pausa corta) injusticias y yo veo que se está haciendo una injusticia con esta muchacha y no la está atendiendo el psiquiatra; a ella no la ve diariamente un psiquiatra, entonces se quedó tranquila como que se lo comunicaron al doctor (pausa corta) V y... me dio de alta, me dio de alta.
<b>CATEGORÍA: TRATAMIENTOS. MARCA-GUÍA: BAJA EFECTIVIDAD. LÍNEAS 188 – 193.</b>	175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186	<b>C:</b> ¿Cuánto tiempo estuviste allí en el psiquiátrico? <b>R:</b> Cinco días estuve esa vez: cinco días; la segunda vez sí estuve una semana, la segunda vez me vi peor... la segunda vez. <b>C:</b> ¿Cuándo fue eso? ¿Por qué razones? ¿Qué tiempo hubo entre la primera hospitalización y la segunda hospitalización? <b>R:</b> (Pausa) Bueno, fue (pausa corta) rápida, el tiempo fue rápido estee... (pausa larga) yo creo que no tardaría un año cuando me tuvieron que hospitalizar otra vez.
<b>CATEGORÍA: TRATAMIENTOS. MARCA-GUÍA: MEDICALIZACIÓN EX- CLUSIVA. LÍNEAS 196 – 217.</b>	187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210	<b>C:</b> ¿Por qué razón? <b>R:</b> Por lo mismo: la crisis nerviosa. ¡Ah! Cuando... cuando este hombre me pasó de Rivotril que me dio, que sentí de todo, que eso es: ¡terrible! (énfasis) yy... después te cuento como... cuando será mañana: te cuento cómo me desintoxicaron y lo que sentí lo... <b>C:</b> ¿Por qué no me lo cuentas hoy? <b>R:</b> Aa... Bueno, cuando el doctor V me desintoxica me dice: -Señora Rose, tiene que dejar de tomar el Rivotril porque si no usted se me va a morir, usted se me va a convertir en una adicta y usted se me va a morir, porque eso es cocaína me dijo; es para que entienda... me dijo: -Eso es cocaína y usted es una mujer fuerte, y usted es una mujer inteligente... si usted me hace caso a mí... usted sale del problema. Y yo le dije: -Bueno, doctor, yo confío en que usted me ayude, yo confío en usted porque usted es muy inteligente (pausa corta)... bueno, yo le voy a dar las instrucciones para que usted deje de tomar el Rivotril; usted va a comenzar desde hoy a tomarse... ee... a partir la pastilla por la mitad y se va a tomar

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**ESTIGMA.**  
**LÍNEAS 219 – 222.**

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PERSONAS SABIAS.**  
**LÍNEAS 222 – 236.**

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**MEDICALIZACIÓN EXCLUSIVA.**  
**LÍNEAS 247 – 249.**

211 la mitad más un cuartico...una semana, des-  
 212 pués se va a tomar en esa semana la mitad  
 213 nada más, después la siguiente semana usted  
 214 se va a tomar un cuartico y después se va a  
 215 dejar de tomar el cuartico y allí es donde la  
 216 quiero valiente y... porque allí es donde le  
 217 va a pedir el cuerpo la droga y cuando fue...  
 218 pasó eso yo estaba (pausa corta) hospitalizada  
 219 en casa de mi hija: en casa de mi hija Adria-  
 220 na... ee... Javier se escondía para no ver eso,  
 221 Adriana se escondía para no ver eso, pero  
 222 Adriana tiene una amiga que se llama Odesa  
 223 que ella me abrazaba y yo me tiraba al piso a  
 224 temblar (pausa media)... a temblar, a tem-  
 225 blar, a temblar y a hacer como (pausa corta)...  
 226 moverme: parecía una serpiente moviéndome  
 227 y dándome y: ella me abrazaba más...ella me  
 228 preparaba un té que es de los productos Stand  
 229 Home que contiene miel de abeja, contiene  
 230 tilo, manzanilla, otras cosas...Ah, flor de ca-  
 231 yena (pausa corta)... con eso este..., con esa  
 232 taza em... medio yo podía (énfasis y voz an-  
 233 gustiada) emm... soportar lo que mi cuerpo, el  
 234 ansia, el temblor que mi cuerpo me pedía, me  
 235 pedía como decir: un cigarrillo, como decir:  
 236 una cerveza cuando hay sed, una coca-cola  
 237 cuando uno tiene sed; me pedía, me pedía la  
 238 pastilla y más (pausa corta) yo decía: -No...  
 239 porque pierdo la consulta con el doctor en-  
 240 tonces no me va a tratar, porque yo lo cono-  
 241 zo... su carácter; conozco su carácter y, quién  
 242 me va a tratar (énfasis) si no hay un médico  
 243 que me trate esto... yo no conocía al doctor R  
 244 (pausa larga) entonces... (pausa media) poco  
 245 a poco; poco a poco (pronunciación lenta) se  
 246 fue pasando, se fue pasando con los té, se fue  
 247 pasando...hasta que: (pausa corta)...tuvo que  
 248 colocarme otro tipo de tranquilizante, pero no  
 249 Rivotril.  
 250 C: Volviendo un poco al tema de los hospi-  
 251 tales psiquiátricos quisiera que habláramos  
 252 sobre dos cosas. Primero, las condiciones  
 253 del hospital psiquiátrico y en segundo lugar:



**MARCA-GUÍA:  
SOLIDARIDAD.  
LÍNEAS: 316 -329.**

**MARCA-GUÍA:  
DIMENSIÓN NO TERA-  
PÉUTICA.  
LÍNEAS 329 – 341.**

297 tú eso de... de que... yo lo vi muy mal de  
298 que las mujeres estábamos... (pausa media).  
299 Hay una... lo peor (énfasis) que (pausa cor-  
300 ta) supe; lo peor y lo voy a decir porque...  
301 eso se tiene que acabar: (voz incisiva) –ha-  
302 bía una guajira quee... no trataba a nadie;  
303 en ese piso había... en la parte de arriba otra  
304 partecita donde estaban las locas de verdad y  
305 las que tenían problemas de sexo: había una  
306 que mostraba su parte cuando estábamos en  
307 receso yy... las acosaba, les enseñaba su va-  
308 gina a las que estaban es... umm... ¡bien!; a  
309 las que... como la que... sufrió un shock le  
310 mostraba sus partes o sea, era...era lesbiana;  
311 algunas eran lesbianas (pausa media)... ha-  
312 bían muchas lesbianas allí: en las dos hos-  
313 pitalizaciones, no entiendo el por qué, tienen  
314 que ee... hospitalizar e... aa... esas mujeres  
315 de esa conducta con las muchachas que vi...  
316 que son de bien, pues. Como esa mucha-  
317 cha de Cabimas que no recuerdo el nombre  
318 quee... tiene un buen físico, ee...era joven,  
319 bella; muy linda y yo... estábamos todas re-  
320 unidas en mii... cuarto y le pregunté: - ¿Por  
321 qué tú estás hospitalizada aquí si yo te veo  
322 tan bien?... no te veo nerviosa, ni con los ojos  
323 desorbitados, ni te veo quejándote de dolor;  
324 entonces me dijo que había estado tres días  
325 leyendo, sin comer y le había dado un shock y  
326 por eso estaba hospitalizada allí; yy... (énfa-  
327 sis) el médico no la atendía para que le dieran  
328 de alta. Eso es lo que a mí no me pareció bien  
329 (pausa) o sea, no me pareció bien; no me pa-  
330 rece bien que una... eso...todo se comunica:  
331 todos los cuartos y que las más locas emm...  
332 una que era epiléptica: se paseaba por nuestro  
333 cuartos; se paseaba y lo que podía robarse, se  
334 lo robaba.  
335 **C:** ¿Cómo era el tratamiento del personal de  
336 enfermería y el personal de apoyo?  
337 **R:** El..., el personal de, de apoyo: (pausa cor-  
338 ta) es la... son las muchachas que limpian.  
339 **C:** Y las enfermeras.

**MARCA-GUÍA:  
SOLIDARIDAD.  
LÍNEAS: 342 -349.**

**MARCA-GUÍA:  
DIMENSIÓN NO TERA-  
PÉUTICA.  
LÍNEAS 352 – 370.**

**MARCA-GUÍA:  
INVOLUNTARIO.  
LÍNEAS 372 – 378.**

**MARCA-GUÍA:  
SOLIDARIDAD.  
LÍNEAS 379 - 423.**

340 R: Y las enfermeras, las enfermeras maltra-  
341 taban a las muchachas...a la muchacha que  
342 limpiaba. La muchacha que limpiaba se hizo  
343 amiguita mía se... es más...a ella la...la in-  
344 volucraron en un robo y yo vi todo y vi que  
345 ella no había robado nada yy... le registraron  
346 el bolso y yo, yo fui testigo de que ella no ha-  
347 bía robado nada porque yo estaba allí y ella,  
348 me agradeció mucho, me... me... bueno, me  
349 trató muy bien.

350 C: Oye, el trato de las enfermeras para conti-  
351 go y para con el resto de las otras pacientes.

352 R: Noo... conmigo se ha... después que el  
353 doctor V le reclamara me respetaron, pero  
354 con el trato a las otras: malísimas. Había una  
355 enfermera llamada Iraida que esa sí respeta,  
356 muy bonita, muy linda, catira, linda; debe ser  
357 por eso que trata bien al... porque e es...her-  
358 mosa, una mujer bellísima; debe ser que como  
359 le sobra belleza...este... vive feliz, porque las  
360 otras eran feas (voz despectiva) entonces tien-  
361 nen el porqué estar de mal humor, tratando  
362 mal a las...al perso... a las, a las, a los...los  
363 hospitalizadas; debe ser por eso que se la pa-  
364 san en ese tonito ee...dando órdenes como si  
365 ellas fueran las...las gerentes, las...las pro-  
366 pietarias diría yo: las propietarias. El baño  
367 no tiene puerta (tono pausado)..., el baño no  
368 tiene puerta; queda un baño ancho como... el  
369 área esta; de esta sala así, pero el cubículo no  
370 tenía puerta yy...el cubículo de... de donde  
371 está la poceta: tampoco tiene puerta entonces,  
372 imagínate tú. En esa área, al lado quedaban  
373 tres cárceles donde metían a las que estaban  
374 locas de remate, entonces, a las que estaban  
375 locas de remate le daban la comida en unn...  
376 envase de, de metal y eso comenzaban a darle  
377 y a darle a la reja y... atormentaban a una,  
378 cuando emm... había una quee... me conocía  
379 y me llamaba: Florecita, en vez de llamarme  
380 Rose...me llamaba Florecita y le decía a las  
381 muchachas: -Florecita es muy buena, ella me  
382 quiere mucho, ella me da dinero, y me da co-

<p><b>CATEGORÍA: MÉDICOS. MARCA-GUÍA: PROFESIONALISMO. LÍNEAS 424 – 433.</b></p>	<p>383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425</p>	<p>mida y me da cigarrillo; entonces... me decía: -Florecita dame un cigarrillo. –Yo te doy, Ma- ritza, cigarrillos, pero si dejas de tocar esa... ese perol; que me vas a volver loca. –Sí, yo no lo toco más, me decía ella. –Bueno, te doy todos los cigarros... vamos a fumar pues. En- tonces yo me sentaba al lado de ella, del lado fuera: me sentaba en el piso y, ella en la celda y fumaba con ella; ese fue otro episodio, eso fue otro... (pausa media), otra anécdota (pe- queña risa) diría yo... (risa). Otra anécdota fue cuando...cuando yo no me despertaba porque había... el, el, el tratamiento me ha- bía agarrado las piernas, que parecía que me las estaban arrancando de raíz y eran las seis de la mañana y yo despierta y, cuando fueron a llevar el desayuno ella (pausa corta)... me llamaba: -Florecita, Florecita, el desayuno y yo: -Ajá, no importa (con tono de cansada o entre dormida) porque Marcelo me llevaba el desayuno. –Florecita, Florecita el desayu- no. –Sí, ya te oí (con tono de cansada o entre dormida) y de pronto...vino con un hielo y me lo pasó por los ojos., -Te van a dejar sin desayuno. –Okey, vamos pué y me levanté y me fui a...a desayunar con ella (tono de voz alegre)... esa fue...una de las cosas <u>cumbres</u> (énfasis) que vi. Después la vi con un pocotón de, de blanco por las cejas: es cejona y la vi, con mucha crema en las cejas; y le dije: -Ma- ritza, qué tienes puesto en las cejas... <u>en la</u> <u>mañanita</u> (destaca). –Crema dental mi linda, crema dental para que se me... -Y para qué te untas eso... Para que se me quite el dolor de cabeza. No, no, no (voz alegre)... Entonces le daba dinero a Ana; allí entraba un señor con un ca- rrito de supermercado vendiendo: chucherías, vendiendo pastillas. Yo le decía: -Anda, cóm- prate un Bral, cómprate un Ibuprofeno para que se te quite el... el mal, el daño. Umm... bueno, ee..., el doctor (pausa) el doctor como siempre... el mismo doctor, el</p>
--	--	--

**MARCA-GUÍA:  
DIMENSIÓN NO TERA-  
PÉUTICA.  
LÍNEAS 436 – 478.**

426 mismo trato ee... el mismo... (pausa larga)  
 427 ee... él, me decía: -Señora Rose, yo a usted  
 428 no la voy a dejar nunca; no la voy a dejar sola  
 429 nunca, porque usted es mi meta; usted va para  
 430 mi ee...seminario, usted va para mi congre-  
 431 so, usted es mi caso más fuerte... el más... el  
 432 más difícil que no he podido resolver y que lo  
 433 tengo que resolver.  
 434 **C:** Mira, y me podría hablar de nuevo sobre  
 435 las condiciones del Hospital Psiquiátrico.  
 436 **R:** Síii... (como con duda) o sea (pausa me-  
 437 dia) en consultas: siempre llega el médico  
 438 tarde (pausa corta)... siempre, enn... en la  
 439 emer... emergencia que debería de ser gran-  
 440 de, el... la habitación: es sumamente pequeña.  
 441 Cuando... tú sabes que llegan esos casos de  
 442 esas mujeres o... hombres dando grito (énfa-  
 443 sis) que... paran el pelo este... yo siempre me  
 444 alejo de ir a emergencia... el cubículo muy  
 445 pequeño y tienen médicos de guardia que es  
 446 un...estudiante de postgrado, este... ennn...  
 447 la limpieza regular; la limpieza bueno... re-  
 448 gular, menos mal que hay agua en ese sector  
 449 (pausa corta) o...  
 450 **C:** El área donde tú estabas hospitalizada,  
 451 ¿cómo era?  
 452 **R:** Ee... horrible porque estaba... pegaba con  
 453 la cocina, Mario, entonces, e... cuando llenan-  
 454 ban los carros que llevan la comida para los  
 455 pisos hacían unos... ruidos, unos...este ruidos  
 456 como si fueran de construcción: cuando le es-  
 457 tán dando de martillazo a un hierro o a un...  
 458 una madera y entonces yo decía: -Bueno, si  
 459 aquí estamos e descansando la mente cómo  
 460 es posible que... este... hagan esa ruidasón  
 461 (pausa media), o sea, no entendía, no enten-  
 462 día (énfasis). La primera hospitalización, fue  
 463 que ponían un, un...aparatico con música co-  
 464 lombiana y yo decía: -Si estamos aquí para  
 465 descansar nuestra mente, ¿cómo nos van a  
 466 colocar esas músicas tan horribles?  
 467 **C:** ¿El mismo hospital la colocaba?  
 468 **R:** Sí... el mismo hospital, la misma... ala  
 469 la... la, el... (pausa media) el pasillo siete.



**MARCA-GUÍA:  
SOLIDARIDAD.  
LÍNEAS: 480 - 490.**

**MARCA-GUÍA:  
DIMENSIÓN NO TERA-  
PÉUTICA.  
LÍNEAS 491 - 511.**

470 Eso... no lo entendía, yo le decía: quiten esa  
471 música que atormenta, que aturde, enton-  
472 ces... ya en la segunda hospitalización o se  
473 dañó o... reclamarían tanto que ya no la... no  
474 la colocaban yy... e tienen un... como un...  
475 como un container que la... las personas re-  
476 galan ropas (pausa corta) para las que no tie-  
477 nen ropa, para las que abandonan allí; allí hay  
478 mucha gente abandonada que no van a buscar  
479 (pausa corta)... que no van a buscar... mu-  
480 cha yy..., o sea, esa zona... la de Machiques;  
481 la que yo ayudé, no la iban a ver y ella tenía  
482 dos... tres hijos y ella lloraba, lloraba y pe-  
483 gaba gritos por sus hijos, entonces yo decía:  
484 esta niña hay que ayudarla, hay que ayudarla  
485 a que salga de aquí, entonces fue cuando...  
486 Javier la... e llamó; mi yerno llamó para allá,  
487 se comunicaron y... yo hablé con el doctor V  
488 y le dije el caso de ella: Doctor haga algo por  
489 ella para que... la doctora que la trata, la tra-  
490 te y le dé de alta (pausa corta)... porque ella  
491 tiene tres hijos yy... esa fue otra anormalidad.  
492 El piso tiene un salón con pupitres, debe ser  
493 para los que están estudiando, tiene un cuar-  
494 tico donde... debe ser... ahí, ahí es donde  
495 duermen las enfermeras; ese es otro caso y...  
496 donde hay un escritorio con una silla; eso  
497 es: para la terapia. Ese es otro caso que... a  
498 las... a tal hora, creo que a las doce de la no-  
499 che ellas se encierran y no le abren la puerta  
500 a nadie (voz pausada con énfasis)... a nadie,  
501 absolutamente a nadie porque en mi primera  
502 hospitalización la... mi compañerita, que era  
503 a la que le estaban subiendo la hemoglobina,  
504 la que estaban preparando para operarla de...  
505 vesícula le dio dolor de cabeza yy... ninguna  
506 teníamos calmantes y yo les toqué la puerta a  
507 esas mujeres y nunca me abrieron la puerta;  
508 nunca, tuvo que esperar las seis de la mañana  
509 que ella se levantara para pedirle... para que  
510 viera o llamaran al médico que vieran a esa  
511 muchacha. Yo no dormí cuidándola porque  
512 ella tenía la hemoglobina muy, muy baja, creo

<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>SOLIDARIDAD.</b> <b>LÍNEAS: 511 - 515.</b>	513 514 515 516 517	la tenía en 4 (pausa corta) creo que la tenía porque acababa de dar a luz y creo que había sido cesariada, entonces... sí, mucha anorma- lidad ee... mucha, mucha. En la... en las...
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>DIMENSIÓN NO TERA-  PÉUTICA.</b> <b>LÍNEAS 516 - 541.</b>	518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555	en los platonos... uy, no, horrible (con tono de rechazo, asquerosidad) ah... otra cosa (como recordando) terrorífica que vi (pausa larga) muy fea, Mario (termina la cinta). <b>C:</b> Hay una cosa muy horrible (recordando a la relatora). <b>R:</b> Hay, hay una cosa ho... muy horrible en el... en esa ala... la siete, que era... que cuan- do nos servían la... comida, cualquiera que fuera, llegaban las palomas y se nos... e... querían comer la comida, pero lo más, lo que más me aturdió... lo que más me dio tristeza fue que allí, abandonaron una viejita, y esa viejita por lo menos que tenía eran 90 y más... o más. Esas palomas se le subían a esa viejita en la cabeza, en los hombros, se le comían en el plato y nadie le soplabla esa... paloma; ni una enfermera, ni nada, o sea, me dio mu- cha tristeza, me dio mucho, mucho dolor de ver eso, esas palomas allí, tú sabes que eso transmite la toxoplasmosis ¿verdad? Y yo... siem... o sea, siempre... a veces que comía para que no... para no llegar hasta el extremo de que me agarraran más odio de lo que me tenían, porque como... yo comía la comida de la parilla o de la casa de mi hija Adriana, entonces me veían como la burguesa (pausa corta)... entonces, este que si Marcelo me llevaba los cigarrillos, los chicles, los... las chucherías... yo no soy de comer chucherías, pero yo las repartía con ellas, con las hospi- talizadas yy... y las enfermeras me pedían cigarrillos (pausa larga)... estee... yy... mira, yo sé que tú fumas (voz irónica). -Sí, yo fumo (con tono desafiante), -¿Me puedes regalar un cigarrillo?, -Sí, como no (en tono tajante) ¿No ves?, o sea, con esa... con ese imperio no. Yy... bueno, yaa... dijimos lo de las pa- lomas que... que eso deberían de chequearlo

**MARCA-GUÍA:  
DIMENSIÓN NO TERA-  
PÉUTICA.  
LÍNEAS 554 – 606.**

556 Mario, porque eso transmite esa enfermedad,  
557 yo tengo una amiga que tiene esa enfermedad  
558 y no... no se le quita porque eso: se aloja en  
559 el hígado, ese parásito...  
560 C: Háblame de la habitación en la cual tú es-  
561 tabas, este... era un lugar privado, semi-pri-  
562 vado, era una sala grande. ¿Cómo era? ¿Qué  
563 condiciones había en esa habitación?  
564 R: Es... en esa habitación habían dos cami-  
565 tas...una puerta que...en la parte izquierda  
566 que... (pausa corta) tenía la mitad de... más  
567 de la mitad de madera y lo otro era de vidrio,  
568 que uno miraba para la... ummm... ¿Cómo  
569 llaman a eso, lo de las enfermeras?... el estar  
570 de la enfermería, este... en esa puerta e... allí,  
571 allí estaba la otra: la entrada. Está la entrada  
572 del pasillo ¿verdad? En... ese es el cuarto...  
573 un área o en... un área como de... qué...  
574 ¿Cuántos metros cuadrados hay de aquí hasta  
575 aquí?  
576 C: Seis metros cuadrados.  
577 R: ¿Seis?, seis metros cuadrados sí, enton-  
578 ces... lo malo, Mario, es que tú entrabas...  
579 tú entras por aquí, las dos camas así, verdad;  
580 a, a... la vista, al norte y aquí hay una puerta  
581 donde se comunica para un cuarto que tie-  
582 ne como 20 camas (pausa corta) esta... este  
583 cuarto, tiene otra puerta que da para un área  
584 donde están las tres o cuatro cárceles y... a  
585 la izquierda están las tres o cuatro cárceles y  
586 a la derecha está el baño de lo que...de lo que  
587 te hablé. Estee... mi cuarto este...la primera  
588 vez lo compartí con la muchacha que había  
589 dado a luz y había perdido mucha sangre y le  
590 estaban... le estaban subiendo la hemoglobi-  
591 na para hacerle la operación de la vesícula...  
592 no, nunca había sentido nervio, ni nunca pa-  
593 deció nada de crisis nerviosa; nunca, ninguna  
594 enfermedad mental... este... estuve tranquila  
595 por ese...por esa... (pausa corta), pero la mu-  
596 chacha...había en esa hospitalización: en la  
597 primera, unas muchachas, Mario, que estaban  
598 muy, muy, muy desorbitadas; estaban muy lo-  
599 cas, estaban demasiado...



**MARCA-GUÍA:  
INVOLUNTARIO.  
LÍNEAS 655 – 695.**

643 muy amiga de la negra (énfasis) de la que me  
644 dijo que me iba a amarrar, se hizo muy amiga,  
645 porque Adriana mi hija es una leguleya; se le  
646 metió, dijo: -Esa es la más fuerte, la más...  
647 tiene la...la, la... el mando entonces se la me-  
648 tió en un bolsillo.

649 **C:** Tú me señalaste allí, que te amenazaron  
650 con amarrarte o confinarte en la cárcel. ¿Qué  
651 otro tipo de tratamientos parecidos a esos vis-  
652 tes tú allí en el hospital psiquiátrico; no tanto  
653 que te los aplicaran a ti, sino a otros pacientes  
654 que estaban allí?

655 **R:** Bueno, lo de amarrar era cierto que me  
656 iban a amarrar porque yo le dije: ustedes a mí  
657 no me van a amarrar porque yo no me voy a  
658 dejar y yo no estoy para que me amarren, yo  
659 lo que me estoy es muriendo y allí yo me tiré  
660 en el piso del dolor, ee... pero sí vi a las mu-  
661 chachas encerradas en la cárcel... las... eran  
662 terribles porque no nos dejaban dormir por  
663 estar dándole a la cacerola en la reja.

664 **C:** ¿Cuál era el motivo de que las encerraran  
665 en la cárcel?

666 **R:** Porque no, no, no tenían paradero, se  
667 metían en todas las habitaciones a, a... des-  
668 pertarnos, se nos subían encima, ee... nos  
669 registraban nuestros maletines e... buscando  
670 comida; se nos querían comer la comida...  
671 eran de...de mala conducta, eran de mala  
672 conducta, pero no era porque eran malas era  
673 porque estaban (pausa corta) ya pasadas, sin  
674 tratamiento...estaban ya...ya habían sobre-  
675 pasado el... la crisis y estaban mal, estaban  
676 muy mal y... este... por lo menos a Maritza  
677 había que encerrarla porque no se podía abrir  
678 la puerta para que entrara alguien porque ella  
679 enseguida se quería escapar.

680 **C:** ¿Estaban encerradas?

681 **R:** Sí... hasta yo ... todas eso...todas las ha-  
682 bitaciones... todos los pisos allí están... están  
683 encerrados con una puerta blindada, blindada  
684 de hierro... de hierro para que no se escapen  
685 las muchachas; es más esa drogadicta que...

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**COMORBILIDAD.**  
**LÍNEAS 712 – 716.**

686 de quien yo te hablo: de María este...ella una  
 687 vez... se... abrieron la puerta para que mi...  
 688 para que yo saliera, porque a mí me dejaban  
 689 salir para una banca que está allí y ella se  
 690 escapó... menos mal que por... los jardines  
 691 de... del psiquiátrico la... la agarraron y en-  
 692 tonces se...(pausa corta) se... agarró a puño  
 693 y a... le sacó sangre a la enfermera: a la negra  
 694 con las uñas... le sacó sangre, o sea, era...era  
 695 peligrosa. Por eso es que el doctor, cuando yo  
 696 le digo no... que no se me metiera más con  
 697 mi cigarrillo, que no me tocara más mis co-  
 698 sas... umm... el doctor V me dio de alta al  
 699 otro día.  
 700 **C:** ¿Cómo saliste tú de allí, mejor o peor de la  
 701 forma como habías entrado?  
 702 **R:** En la segunda hospitalización mejor (pau-  
 703 sa corta), mejor, porque ahí me desintoxica-  
 704 ron. En la primera hospitalización sí salí mal,  
 705 pensaba que me iba a morir, ee... este tenía  
 706 una muchacha que es guajira, pero... ¡linda!  
 707 Y aseada, y a la moda y con cuerpo bonito;  
 708 ella... para poderme levantar primero de la  
 709 cama me hacía primero unos masajes para  
 710 poderme levantar; para que yo pudiera ir al  
 711 baño y... asearme y... y desayunar, allí, yo  
 712 sentía que estaba muriendo, sentía mi espíritu  
 713 lejos, sentía las dolencias más fuertes, sentía  
 714 el... el escalofrío porque da escalofrío, sentía  
 715 el temblor, el dolor en el vientre terrible, terri-  
 716 ble...horrible este... umm...el doctor luchó  
 717 mucho conmigo e...después de esa hospitali-  
 718 zación y la iglesia, lucharon mucho conmigo,  
 719 oraban mucho.  
 720 **C:** ¿La primera vez?  
 721 **R:** La primera vez... eso fue el terror lo que  
 722 yo... él me dijo que en una de las dos hospi-  
 723 talizaciones yo me le iba a morir, yo digo que  
 724 fue en la primera. Er...él me dijo: -Señora  
 725 Rose -no recuerdo cual de las dos, pero una  
 726 de las dos- usted se me iba a morir.  
 727 **C:** ¿Quién te dijo eso?  
 728 **R:** El doctor V.

<b>MARCA-GUÍA: INVOLUNTARIO. LÍNEAS 734 – 737.</b>	729 730 731 732 733 734 735 736 737 738	<p><b>C:</b> Ahora, una pregunta, Rose: Si tú tuvieras que volverte a hospitalizar y fuese opcional, es decir, que tú decidieras si te hospitalizaban o no en un hospital psiquiátrico, ¿cuál sería tu respuesta?</p> <p><b>R:</b> (... Pausa corta) Si yo estoy para mejorar bajo tratamiento con el doctor R <u>jamás me hospitalizaría en el psiquiátrico</u> (énfasis)... nunca más.</p>
<b>MARCA-GUÍA: DIMENSIÓN NO TERA- PÉUTICA. LÍNEAS 739 – 743.</b>	739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771	<p><b>C:</b> ¿Por qué?</p> <p><b>R:</b> Porque puedo tocar con una muchacha loca (pausa corta) a mi lado, el calor emm... la, la ... ya ahí no está el doctor V en quien yo confiaba, en quien yo le con... lo, lo... lo llamaba a reflexión le decía: Doctor, me está pasando esto... aunque ahí hay un amigo de él que se llama J que es muy bueno, pero... no confiaría en los médicos de allí, no confiaría yy... en... las enfermeras tampoco no... no, no y no, o sea, y... Marcelo está trabajando a... a esa hora... ¡no!, tengo mi doctor, tengo mi doctor R que: no me hospitaliza, él me sana con... con... (pausa media) e... te digo que la última vez que fui con crisis me dio a tomar tres, cuatro o cinco medicamentos y enseguida ya yo estaba acá conversando con él, inmediatamente... me fui para el restaurán, conversé, almorcé hasta la tarde y en la noche me tomé mi siguiente dosis y... nada... adiós crisis, adiós temblor, adiós todo; adiós todo. Ahora cuando lo de mi amiga y lo de mi primo me puse muy mal y compré el tratamiento, porque es costoso el tratamiento (destaca) claro, el doctor R me... el doctor V me... el doctor V me dio una orden para el... u... el medicamento, para que me lo diera el gobierno y el doctor R igual lo hizo y... bueno, por ellos me dan el medicamento que vale 400 Bs.</p> <p><b>C:</b> Tú has oído hablar de una clínica psiquiátrica que hay aquí en Maracaibo, ¿sabes si hay alguna diferencia con el tratamiento que dan allí o las ventajas que significaría ir allí?</p>

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 781 - 792.**

**CATEGORÍA:  
TRATAMIENTOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTRAS TÉCNICAS.  
LÍNEAS 806 - 809.**

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 809 - 817.**

772 **R:** Bueno, el doctor R le dijo a Ma... a mi  
773 marido que por qué no me había hospitaliza-  
774 do en la... en la clínica que queda ahí en Bella  
775 Vista en... ¿cómo se llama?  
776 **C:** Ricardo Álvarez.  
777 **R:** La Ricardo Álvarez, que por qué no me  
778 había hospitalizado allí y Marcelo le dijo: -  
779 Porque no tenía dinero. Esa... esa es muy  
780 buena, yo he visto casos de que... se ha sa-  
781 nado la persona, han sanado... han sido sa-  
782 nas...hospitalizadas. Conozco a una señora  
783 que se ve: horrible, horrible, horrible como  
784 yo y allí la... la sanan, claro, ella es como yo:  
785 vuelve a recaer.  
786 **C:** Ajá, y si vuelve a recaer, ¿cómo es que la  
787 sanan?  
788 **R:** Exacto, yo no sé qué es lo que tiene esa  
789 pobre señora (tono pausado y entre risas)...  
790 tan simpática, linda y bella, cómo es que...  
791 cómo es que no nos sanan, cómo es que no  
792 llegamos a su... como mi, mi ex cuñada Ner-  
793 vin, la doctora que ella es doctora en odonto-  
794 logía es... especializada en cáncer y cirugía,  
795 ella estuvo hospitalizada en la Ricardo Álva-  
796 rez ... la sanaron; ella nunca más ha vuelto  
797 a sufrir de nervio... yo quisiera ser ella, yo  
798 quisiera ser... (interviene investigador).  
799 **C:** Pero, ¿tú crees que la razón de esa sana-  
800 ción estaría en que estuvo en la clínica Ricar-  
801 do Álvarez?  
802 **R:** Yo creo, yo creo porque estuvo en la, la  
803 clínica Ricardo Álvarez, yo creo o que mi  
804 caso es tremendamente fuerte como dijo el  
805 doctor, que era un caso difícil, que mi caso es  
806 un caso difícil. Acuérdate que... este... yo me  
807 llevo por la Biblia y la Biblia menciona los  
808 trabajos de hechicería y acuérdate que... la  
809 mujer, hermana de... del que mató... Renato;  
810 el amigo de mi hermana... era... es guajira-  
811 colombiana y... me gritó en mi casa que...  
812 a todo volumen, que yo pagaría cada gota de  
813 la sangre del hermano con dolor (pausa cor-  
814 ta)... y que todo el mundo me iba a odiar y



**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**COMORBILIDAD**  
**LÍNEAS 826 – 833.**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PROFESIONALISMO.**  
**LÍNEAS 837 – 844.**

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 845 – 850.**

815 que iba a quedar nada y, hasta que no me vol-  
 816 viera loca y... me quitara la vida no iba a estar  
 817 tranquila.

818 **C:** Okey, retomando un poco tu estadía en el  
 819 hospital psiquiátrico, ¿cuál era el tratamien-  
 820 to que tú tenías cuando estabas en el hospital  
 821 psiquiátrico?

822 **R:** El tratamiento era dormir para descansar  
 823 la mente porque tenía muchos, muchos días  
 824 sin dormir. Esa era la, la... lo que... la apli-  
 825 cación, la... la, la terapia mía era: tenía que  
 826 dormir. Cuando el doctor V me trataba allí e,  
 827 yo comenzaba a... temblar, a temblar todo  
 828 el cuerpo y la voz... y comenzaba a temblar  
 829 y él veía que no podía, no podía y... dejaba  
 830 de hacerme preguntas, dejaba de hacerme  
 831 la... (pausa corta) terapia, pero mi tratamien-  
 832 to eran del psicotrópico, de protectores para  
 833 el estómago y... el...el... los medicamentos  
 834 para eliminar los parásito (pausa corta), ese  
 835 fue mi tratamiento gracias a Dios (problemas  
 836 con la grabadora)... y sin parásito, gracias a  
 837 él (énfasis), gracias a... al doctor V que tuve  
 838 la suerte de escoger el mejor médico porque  
 839 cuando (pausa corta) Javier me dijo: -¿Con  
 840 qué médico te vas a quedar?, le dije: -Con  
 841 el italiano porque él es el que se va a quedar  
 842 aquí, la doctora se va yy... el doctor es el que  
 843 se va a quedar aquí... y así es, así es. Yo lo  
 844 quiero mucho, ee..., pero yo se lo dije: -Doc-  
 845 tor, usted no me va a sanar a mí porque... ya  
 846 van tres años le dije yy... y nada y... no veo,  
 847 no veo mejoría, siempre el temblor, si no me  
 848 tomo el medicamento el temblor es horrible;  
 849 aunque me dicen por allí: -que... (Interviene  
 850 investigador).

851 **C:** Y... hoy en día sí te vas a sanar ¿verdad?,  
 852 ¿qué crees tú?

853 **R:** Yo creo que sí, (tono de voz fresco, ale-  
 854 gre) porque ahora... ahora tengo otro doctor  
 855 que llaman la eminencia yy... puedo tomar  
 856 bebidas alcohólicas (un poco de risa)... que  
 857 me dice mi sobrino médico que... me tome

<b>CATEGORÍA:</b> <b>MÉDICOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PROFESIONALISMO.</b> <b>LÍNEAS 853 – 865.</b>	858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874	una copa de vino (pausa corta)... tinto, por la mañana y una por la noche... que eso cura los nervios y, mi ginecólogo; que es Mi me dijo que caminara que con eso era que me iba a curar de los nervios y de la tensión, que... Mi es sobrino del fundador de la Paraíso, de Francisco González Govea. Él es... él es muy, muy buen médico. C: ¿Tienes alguna otra cosa que acotar acerca del hospital psiquiátrico? R: Otra cosa (pausa media) bueno... lo de la cocina es fatal, Mario, porque no dejaban descansar a uno yy... y esos golpes le llegaban a uno al cerebro como si le estuvieran dando a uno un golpe en la cabeza, este... las enfermeras que son a apáticas, apáticas... son... como que no les gustara trabajar.
---	---	--

SESIÓN DE ENTREVISTA: 4. CATEGORÍA: TRATAMIENTOS.		
RELATORA (R): ROSE.		CORRELATOR (C): MARIO GONZÁLEZ.
CATEGORÍAS	LÍNEAS	ENTREVISTA
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>BAJA EFECTIVIDAD.</b> <b>LÍNEAS 11 - 15.</b>	1	C: ¡Buenos días, Rose! Hoy estamos en la
	2	cuarta sesión que tiene que ver específicamen-
	3	te con los tipos de tratamientos a los que te has
	4	sometido durante tu situación como enferma
	5	mental... quisiera que me hablaras tanto de
	6	los tratamientos que se podrían denominar
	7	“científicos” como los que te han planteado
	8	los médicos psiquiatras, como cualquier otro
	9	tipo de tratamiento al que tú hayas recurrido
	10	para tratar de solventar tu situación.
	11	R: Mis tratamientos... ¡Buenos días, Mario!,
	12	cómo estás eh... mis tratamientos han sido
	13	muy largos, muy largos y... (pausa corta) he
	14	mejorado (pausa corta) <u>mientras los estoy to-</u>
	15	<u>mando</u> (pequeñas pausas entre cada palabra)
<b>CATEGORÍA:</b> <b>EMFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 19 - 24.</b>	16	lo... he... sí los... si por una circunstancia no
	17	los puedo seguir tomando porque... no tengo
	18	dinero, porque no se consigue el medicamen-
	19	to en el mercado (pausa corta) este... emm...
	20	me quedo tranquila, pero no puedo tener una
	21	(pausa corta) Umm... Umm... (pausa corta)
	22	no puedo tener... un disgusto, ni una tristeza
	23	porque caigo en crisis.
	24	Emm... por... el doctor R que es el que...el
	25	que... más allegado aa... mi enfermedad él
	26	dice que voo...(interviene investigador).
	27	C: Perdón, pero quisiera que habláramos so-
	28	bre cuándo comenzaste con los tratamientos
	29	psiquiátricos; qué tipo de tratamiento era, si
	30	era únicamente fármaco, si era otro tipo de
<b>CATEGORÍA:</b> <b>MÉDICOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PROFESIONALISMO.</b> <b>LÍNEAS 34 - 52.</b>	31	terapia, eso es lo que quiero que hablemos,
	32	vos a tratar de ir por... cronológicamente,
	33	si quieres.
	34	R: Cronológicamente, bueno, comencé en el
	35	2002 con el doctor V que era estudiante de
	36	em... psiquiatría em... muy bueno en su ma-
	37	teria; muy bueno, muy profesional, muy serio
	38	(pausa corta) emm... muy ta.... era tajante;
	39	connigo era tajante, emm... no me pasaba
	40	una Umm... para todo me regañaba, pero yo

**MARCA-GUÍA:  
MEDICACIÓN  
EXCLUSIVA.  
LÍNEAS 50 – 60.**

40 una, umm... para todo me regañaba, pero yo  
41 me daba cuenta que era por mi bien que él  
42 sólo quería eh... sacarme del dilema en que  
43 estaba y que decía que... que yo era su... su  
44 meta que... que... él tenía que curarme por  
45 que ese era su caso más... (pausa corta)  
46 este... cómo diríamos (pausa corta) su caso  
47 más ... más... ayúdame (busca palabra para  
48 definir el caso).

49 **C:** Importante, más emblemático.

50 **R:** Sí, más importante y más difícil (énfa-  
51 sis)... más difícil y que él tenía que (pausa  
52 corta) sacarme de donde estaba parada, has-  
53 ta... porque él lo que quería era que yo no  
54 tomara mas fármaco, él decía: -No señora  
55 Rose, yo no quiero que vuelva a tomar ni una  
56 (voz con énfasis y como designando una or-  
57 den) ni un fármaco más, nunca más (voz de  
58 mandato), después de las terapias este... yo sé  
59 que usted, va a dejar de tomar los fármacos  
60 después de las terapias, pues no fue así.

61 **C:** Pero perdón, ya antes de las terapias, ¿tú  
62 tomabas fármacos?

63 **R:** Sí, antes de las terapias fui hospitalizada  
64 dos veces en el psiquiátrico, donde te conté  
65 que eso es de lo peor yy... cuando él se gra-  
66 dúa, que sale del psiquiátrico porque dice...  
67 dijo: -Que eso era lo peor, que eso... trataban  
68 de... habían planificado, planteado llevar una  
69 enfermera que por cierto, yo la conozco que  
70 se llama...ella es Iris de Vargas EE... una se-  
71 ñora viuda que es muy correcta y de temple.  
72 Este... yo le dije: -Doctor, ahora que está la  
73 señora Iris allí usted me puede hospitalizar  
74 porque está ella como jefe. Y él, la respuesta  
75 que me dio fue: -Eso no se arregla, se arregla-  
76 rá con una bomba; con una dinamita, eso no  
77 se arregla nunca (énfasis), nunca se irá ar-  
78 reglar y por eso es que yo renuncié. Se fue para  
79 la clínica La Sagrada Familia y ahora está en  
80 la clínica IZOT... EE... es una clínica muy  
81 buena donde... él atiende muy bien a las per-  
82 sonas y... otro secreto es que... umm.....el

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**COMORBILIDAD.**  
**LÍNEAS 89 - 95.**

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 100 - 227.**

83 to... porque... (pausa corta) bueno, ya hasta  
 84 hoy dejará de ser secreto EE.... Él, él me de-  
 85 cía: -Señora Rose, si usted hace lo que yo le  
 86 digo, yo no le cobro consulta porque era que  
 87 yo no me quería tomar los fármaco cuando  
 88 por lo menos... el antidepresivo: el Anafranil  
 89 me ponía estética, yo no lo tomaba y... enton-  
 90 ces caía en depresión de llorar, de llorar, de  
 91 llorar. Mas eso se me quitó, Mario, eso sí se  
 92 me quitó; eso del llanto, llanto, llanto... eso y  
 93 de la lucha y del... temblor de abrazarme a mí  
 94 misma asíii... y temblar abrazada; eso se me  
 95 quitó, el doctor V me quitó eso, luego estee...  
 96 siguió con la terapia... seguimos y... trató de  
 97 llegar al hasta el punto cuando yo tuve la, la  
 98 crisis, pero no me podía forzar mucho por-  
 99 que entonces en ese momento yo caía en cri-  
 100 sis... cuando me llegaba a la herida (énfasis)  
 101 e... e... él, él saco la... llegó a la conclusión  
 102 de que había sido por la niñez; por mi niñez,  
 103 el trato que yo había recibido yy... la... mi  
 104 matrimonio.  
 105 **C:** Cuando tú hablas... me llama la atención  
 106 una cosa. Cuando tú hablas de maltrato en la  
 107 niñez; podrías ser un poco mas específica de  
 108 cuáles tipos de maltrato.  
 109 **R:** Todos mis hermanos me querían dar golpes,  
 110 todos mis hermanos me querían usar, hazme  
 111 esto, hazme lo otro, tráeme esto, este... todas  
 112 esas cosas y si no las hacía me caían a gol-  
 113 pes y mamá noo... hacía nada por ello y por  
 114 eso era que yo vivía como, como... estee...  
 115 no con odio, sino como una rebeldía (pausa  
 116 corta) y tenía un hermano que se emborracha-  
 117 ba y me quería caer a golpes siendo yo una  
 118 muchacha de... de 12, 13 hasta los... (pausa  
 119 corta) 17 años que nos separamos que... que  
 120 mi hermana buscó otra casa... alquilada para  
 121 salir del yugo de ese hombre... él, él me aga-  
 122 rraba yy... yy... trataba... no sé si deba decir-  
 123 lo, pero yo creo que sí porque el doctor decía  
 124 que desde allí viene mi enfermedad horrible  
 125 este... siendo tan... tan criada de papá, tan...

126	que me acostaba con papá; que lo bañaba, que
127	lo aseaba, que le limpiaba los zapatos, quee...
128	le iba a comprar la prensa cuando no se la lle-
129	vaban, quee... le hacía el café: yo le prepara-
130	ba el café, porque decía que yo lo preparaba
131	mejor que mi mamá estee... ese hombre me
132	quería, me quería (voz angustiada) estee...
133	me... me seducía yy... me apretaba los se-
134	nos y yo gritaba, gritaba y gritaba, pero eso
135	lo hacía cuando no había nadie en la casa, en-
136	tonces, estee... por las noches, Mario, dormía
137	demasiado mal, porque por las noches trataba
138	de registrarme mis partes (pausa corta)... ge-
139	nitales, entonces eso para mí fue algo: (pausa
140	corta)... terrible, mi niñez y mi juventud fue
141	terrible, terrible porque... yo era una niña que
142	no quería que nadie me tocara, nadie yy... no
143	se lo decía a mi padre porque mi padre su-
144	fría de altas tensiones ... muy altas yy... y
145	él estaba lisiado con el derrame cerebral, el
146	lado derecho a él no le funcionaba, entonces
147	yo pensaba en mi papá y decía: -No, yo no le
148	puedo decir esto a mi papá; yo se lo decía a mi
149	mamá y mi mamá me decía que no le fuera a
150	decir nada a mi papá. Entonces, ahí yo me la
151	pasaba siempre en un tres y dos... eso yo se lo
152	conté al doctor V y me dijo: -Con razón, usted
153	está como está, estee... la dañaron.
154	Luego, mme... caso y me toca un dinamo,
155	me toca un energúmeno, me toca unn... una
156	persona que hoy tiene una cara y mañana
157	tiene una, otra cara unn...cómo lo llaman...
158	unn... (Pausa media) hazzz.... Se me fue la
159	palabra... cuando una persona tiene una cara
160	un día y otra cara al otro día es una (pausa me-
161	dia)... persona hazzz... se me olvidó. Bueno,
162	el asunto era que él este... se la pasaba mal-
163	tratádome, o sea, verbalmente..., llamándome...
164	ofendiéndome, sino: gritándome, me
165	pedía las cosas gritándome, mee...me reclama-
166	maba por nada; por nada, no quería que yo
167	tratara a nadie, no quería nada...que yo respi-
168	rara, no quería que yo respiraba porque él era

169	así; porque él era el rey y... yo lo traté como
170	un rey (pausa media)... lo atendía como un
171	rey; él era <u>neurasténico</u> (énfasis): esa es la
172	palabra, su madre misma se lo decía que él
173	era neurasténico estee... lo peor era que no
174	manejava dinero y el dinero él lo gastaba todo
175	en la calle donde yo sufría mucho, porque
176	quería comprarme algo y no tenía... ee...
177	tengo la niña y esto... (pausa corta) se dio
178	el lujo de que las hermanas me compraran la
179	ropa de la niña, porque él nunca me quiso dar
180	el dinero para que yo le comprara las cosas
181	a mi niña: ese fue otro trauma ee... cuando
182	mee... cuando parí, el doctor me dijo: -Que
183	pujara fuerte y cuando puje yo sentí que algo
184	adentro se me había explotado, se me había
185	roto ee... sentí... en los intestinos que se me
186	había roto algo vine, no sabía que era estee...
187	ee... bueno, el parto fue muy, muy doloroso y
188	tardó: desde las cinco de la mañana hasta las
189	doce del día e... siendo una niña que midió
190	45 cm, mi hija Adriana es pequeñita y pesó
191	menos de 3 kilos, o sea, era para parirla no
192	era para, para sufrir tanto... cuando este... me
193	voy para la casa comienzan los dolores del
194	intestino, no se sabía que yo tenía un tumor
195	en una hemorroide interna... en lo que se me
196	había roto era una hemorroide interna y, como
197	estaba inflamada, no iba al baño tenía estreñi-
198	miento y... bueno, comía el salvado de trigo,
199	comía la, la ciruela pasa y nada, nada, nada
200	este... el festejo del nacimiento de la niña...
201	yo veía a todos los profesores, porque él es
202	profesor de química y... yo vivía aterroriza-
203	da los veía y me molestaba... y hubo un...
204	un día, una noche que boté mucha sangre y
205	llamé a su hermana mayor que es a quien él
206	respetaba y... le dije: -Nerita, ven a ver lo que
207	boté y ella vio la poceta y me dijo: -Vámonos
208	para que el Doctor Aa... él era un especialista
209	en cardiovascular, entonces... él está de guar-
210	dia, me dijo. Vamos a llevarte porque esto es
211	de, esto es de venas, esto es de circulación y

<p><b>MARCA-GUÍA: MEDICACIÓN EXCLUSIVA. LÍNEAS 238 – 244.</b></p> <p><b>CATEGORÍA: ENFERMEDAD. MARCA-GUÍA: CARÁCTER EXTERNO Y MULTIVARIABLE. LÍNEAS 242 – 252.</b></p>	<p>212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254</p>	<p>él es especialista en eso, en... (pausa corta); en eso vamos saliendo va llegando él, entonces cuando él llega ella lo regaña, le dice que cómo era posible que yo estaba enferma, que yo estaba con dolores y él no...no estaba allí presente para cualquier cosa que se presentara y... cuando fuimos para la consulta el doctor me ee... me chequea, me revisa y él le dice al doctor: -Ve a ver qué vas a hacer con esta muchacha porque me ha salido enfermiza, entonces el doctor le contestó: - Yo quisiera que a ti te saliera un tumor (pausa larga) de... pus y de sangre como lo tiene ella... interno para verte llorar a gritos porque...las mujeres aguan... son más aguantadoras que los hombres.</p> <p><b>C:</b> Me parece muy interesante todo lo que me has comentado; sumamente importante, pero quisiera que hicieras un poquito más de énfasis en los tratamientos.</p> <p><b>R:</b> Ajá...</p> <p><b>C:</b> Tú me has hablado primero del uso de psicofármaco, luego las terapias y luego seguiste tomando psicofármacos. Quisiera que retomáramos el tema de cuáles son los que has tenido para enfrentar esa situación.</p> <p><b>R:</b> Ee... los otros tratamientos que he tenido ee... han sido variados, hay uno que se llama Paxil que es muy bueno ee... me tranquiliza y me pone a dormir; claro, yo no puedo estar durmiendo. El doctor R sí me manda a dormir para que descanse mi cerebro de tanta... de tanto... por mi pasado, por mi pasado. Ellos dos han...han logrado que yo olvide el pasado: mi pasado, sin embargo, como dice mi sobrino que es médico: -El cerebro es como un cassette que la...la cinta se repite y vuelven las memorias y vuelve a... a... yy... el cerebro... Entonces una, uno va a recordar otra vez lo vivido: lo malo, lo bueno; eso se repite me dijo él... muy buen médico. Y el doctor R me cambió el tratamiento por ese Paxil, continuó con el Valcoter e...umm... me colocó</p>
--	--	--



**MARCA-GUÍA:  
MEDICACIÓN  
EXCLUSIVA.  
LÍNEAS 253 – 266.**

**MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 276 – 280.**

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 242 – 347.**

255 el Alpraxolan que es abaxon ee... y... por  
256 supuesto me dijo que no lo podía tomar más;  
257 el tranquilizante: el abaxon porque iba a ser  
258 dependiente de él, -es lo que yo no quiero se-  
259 ñora Rose, usted... como el doctor V me dijo  
260 e: -Usted va a tomar de por vida el Valcoter y  
261 el doctor R me dijo lo mismo, porque ese es  
262 un medicamento que estira los nervios y no  
263 deja que él moleste, ellos molesten a los mús-  
264 culos, el..., los nervios están derechos pues  
265 y no tropiezan, no mandan falsas este... falsas  
266 este... (le cuesta identificar la palabra).  
267 **C:** Señales.  
268 **R:** Señales, esa es la palabra; señales para:  
269 la cabeza, el estómago, los músculos de las  
270 piernas, la espalda.  
271 **C:** Hasta ahora me has señalado que casi los  
272 tratamientos que te han colocado han sido  
273 beneficiosos. ¿Ha existido algún tratamiento  
274 que no te haya resultado beneficioso, que al  
275 contrario, te haya perjudicado?  
276 **R:** Sii... el tratamiento del doctor ee...G,  
277 de G eso me cayó fatal...estoy viva porque  
278 me retomó el doctor V, si él no me vuelve a  
279 hospitalizar yo no estuviera viva, no estuviera  
280 aquí. El doctor V me trató como debió, este...  
281 me... hizo las terapias... como llegó un  
282 día..., ya casi llegábamos al...ya al...(pausa  
283 corta) diríamos al núcleo, al epicentro de...  
284 de mi problema y yo me puse... dice él que  
285 me puse a temblar, no recuerdo porque es  
286 como si hubiese perdido la noción del tiempo;  
287 como si hubiese perdido la realidad, porque  
288 es fuerte cuando llevan a uno en una terapia a  
289 un estado de que tú estás contestando lo que  
290 viviste, lo que te hicieron e es... en la reali-  
291 dad es...es muy doloroso, es cruel, es feo,  
292 es malo; es muy cruel. Entonces él me dijo:  
293 -Solamente tuvimos una oportunidad para yo  
294 llegar al epicentro, de todas maneras: me dijo,  
295 su...e.... el... el shock o los shocks que us-  
296 ted tuvo fueron los de su niñez y los de su  
297 matrimonio -Y yo diría también que fueron

298 las pre-operaciones en seis meses, fueron las  
 299 anestias vía emm...oral que son la... el  
 300 gas, eso me matóo... o sea, me puso... porque  
 301 yo... yo... yo quedé bien en la operación, yo  
 302 hasta me fui para el estadio...(pausa larga),  
 303 pero un momento... (pausa corta) me sentí  
 304 mal y no me pude levantar de la cama y no  
 305 me expliqué; no me expliqué y comenzaron  
 306 unos dolores terribles en mi operación al...al  
 307 mes y medio y, ya ahí en los ecogramas salían  
 308 los gránulos más que son las pelotas que salen  
 309 en cada punto que uno rechaza, porque esos  
 310 puntos yo los rechacé porque son he... he-  
 311 chos de... de cola de animales enton...e.eso  
 312 los rechacé... él, yo le dije: -Y cómo se quita  
 313 eso -volviéndote a operar, resuturarte de nue-  
 314 vo, y le dije: -Cuándo me puede operar, y me  
 315 dijo: -Cuando tú quieras...mañana (pronuncia  
 316 con tono apresurado), al siguiente día me es-  
 317 taba operando, pero me operó como llaman...  
 318 ambulatorio y eso me dolió horrible y, estuve  
 319 de muerte (pronunciación lenta y enfatizada),  
 320 estuve de muerte porque todos los valores se  
 321 me... se me fueron, se me bajaron: todos y...  
 322 y no había nadie que me levantara de la cama,  
 323 ni que me hiciera comer; no podía comer, te-  
 324 nía el... la garganta tenía un trozón que no...  
 325 era llorar, llorar, llorar y no podía alimentar-  
 326 me solamente tomaba jugos, tomaba puro lí-  
 327 quido este... luego, siguió mi ...allí era... yo  
 328 recuerdo, yo sabía que... como eran los nerv-  
 329 vios y noo... creía que yo sufría de nervios  
 330 y...recuerdo que, cuando ya me ve el doctor  
 331 V, recuerdo que lo mismo que sentí cuando él  
 332 me hospitalizó en el psiquiátrico el... este...  
 333 eso era lo que yo había sentido en la... en la...  
 334 para la pri... la segunda operación y en la ter-  
 335 cera operación, en la tercera operación me vi  
 336 más grave; me vi más grave porque estaba por  
 337 el suelo, era llorar, llorar, llorar y nada más  
 338 pensaba en... qué tengo, por qué no me sano,  
 339 por qué los medicamentos no me sanan, por  
 340 qué si estoy tomando antibiótico no puede ser

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**OTROS AGENTES SOCIALES.**  
**LÍNEAS 348 - 358.**

**MARCA-GUÍA:**  
**OTRAS TÉCNICAS.**  
**LÍNEAS 359 - 401.**

341 que yo esté infectada... no, todo lo contrario  
 342 con todos los ecogramas; hay unos ecogramas  
 343 que son transvaginal que... salían que ya ahí  
 344 no habían puntos ni granulomas porque me  
 345 habían suturado con la sutura que se disuelve  
 346 en el cuerpo y... bueno, este (pausa corta) allí  
 347 sufrí mucho, muchísimo... me... me retomó  
 348 la iglesia, fue cuando... ee... hice una pro-  
 349 mesa con el pastor y un pacto que...no me  
 350 llevara... no permitiera que me llevaran los...  
 351 las cosas malas que menciona la Biblia, sino  
 352 que me llevara él con sus ángeles que así yo  
 353 aceptaba el traslado pues, porque como dice  
 354 la Bi, la Bi, Biblia que: "pasamos de vida a  
 355 vida" o sea, pasamos en victoria, invictos; de  
 356 vida a vida, entonces, yo me aferraba mucho a  
 357 ese salmo y me aferraba mucho a esa palabra  
 358 que el pastor me había dado, me aprendí el  
 359 salmo; me aprendí el salmo 23 de memoria,  
 360 leo mucho el salmo 91 y él me trató mucho,  
 361 se arrodilló, hizo el pacto y enseguida comen-  
 362 cé... es un milagro, lo mío; enseguida comen-  
 363 cé a caminar y enseguida comencé a ir a la  
 364 iglesia, pero cuando comencé a ir a la igle-  
 365 sia lo que te mencioné antes, quedaba: sor-  
 366 da, ciega, muda y ciega; entonces tenían que  
 367 orarme en toda la puerta de la iglesia para que  
 368 yo pudiera entrar y eso sí, entraba temblan-  
 369 do como si tuviera en el páramo, temblando;  
 370 temblando yy... no se me quitaba, llegaba a  
 371 la casa igual, pero... no tomaba el fármaco  
 372 no había llegado a las manos del psiquiatra,  
 373 no me había dado aquella crisis con deshidra-  
 374 tación ee... tomaba era manzanilla y tilo, y  
 375 con eso yo medio me tranquilizaba. Estuve  
 376 bastante mal, pero el señor me ayudó mucho,  
 377 ee... tuve una...una manifestación, estuvo un  
 378 hermano de la iglesia quien fue el que fundó  
 379 la iglesia Betel que... ya estaba para morir,  
 380 tenía una aneurisma in... inoperable, en un  
 381 sitio inoperable y... y fue a decirme que había  
 382 tenido una manifestación con el señor, que el  
 383 señor le había hablado acerca de mí y me... y

<p><b>CATEGORÍA:</b> <b>HOSPITAL PSIQUIÁ-</b> <b>TRICO.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>DIMENSIÓN NO TERA-</b> <b>PÉUTICA.</b> <b>LÍNEAS 405 – 413.</b></p> <p><b>CATEGORÍA:</b> <b>MÉDICOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CUANTIA DE MÉDI-</b> <b>COS.</b> <b>LÍNEAS 414 – 418.</b></p> <p><b>MARCA-GUÍA:</b> <b>BAJA EFECTIVIDAD.</b> <b>LÍNEAS 422 - 424.</b></p>	<p>384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426</p>	<p>me... me enviaba un mensaje: que por favor, no hiciera lo que tenía pensado; lo que tenía pensado era que me iba a ahorcar, yo tenía un cable de esos cables de luz... escondido de- trás de la lavadora para ahorcarme, de hecho, una vez lo fui a hacer yy... y mi hija y mi... la prima de ellas me, me ayudó, me agarró y no me dejaron, y Segundo me dijo: -Él te va a sanar; me lo dijo, te va a libertar de ese demonio que tienes encima, él te lo va a qui- tar, pero el tiempo del señor no es el tiempo nuestro; la biblia lo dice... tienes que esperar su tiempo, no es cuando tú dices; es cuando él dice, por lo tanto, tienes que tener mucha pa- ciencia, seguirlo yy... seguir congregándote ee... y, estar siempre en los pasos de él; e... llevando... estudiando la biblia porque la Bi- blia tiene muchísimo que aprender: mucho. Bueno, ee... en mi segundo tratamiento con el doctor R éstee... (pausa media)... te conté anteriormente que fui muy mal, fui desecha (con tono cansado), desecha y... el terror mío era: la hospitalización en... en el psi- quiátrico, ese era mi terror... el... me sentía tan mal que pensaba en el calor, en la cama molestándome, enn... la mala atención, en los malos tratos, en el baño descubierto, en las mujeres que tocaban la cacerola y no dejaban dormir, en el ruido que formaban en la cocina sí; era que iba a tocar en ese pasillo no, en... en...(pausa corta) solo pensaba en que iba a estar J; que iba a ser dirigido por el doctor V que son: amigos del alma, amigos-hermanos, son muy amigos yy... solo tenía esa esperan- za, porque yo le decía al doctor V: -Doctor, quién me va a atender a mí allí; como es mi caso tan complicado, quién me... entonces el doctor V me decía: -Allí, yo hablo con J y él es el que la va a tratar señora Rose. Pues no, el doctor R me indicó el tratamiento y como te conté: lo rechacé, me cayó mal... Marcelo, de ver aquello cuando me levanto; que caigo este... me dijo: -Que no ponía de mi parte,</p>
--	--	--

<b>CATEGORÍA:</b>	427	que él se iba de la casa y me iba a dejar sola;
<b>VALORACION PERCEP-</b>	428	que no iba a aguantar más, que estaba cansa-
<b>CIÓN FAMILIAR.</b>	429	do y yo no le contesté nada sino, que me que-
<b>MARCA-GUÍA:</b>	430	dé allí, me quedé allí solita yy... en la noche
<b>ESTIGMA.</b>	431	me tomo el tratamiento... cuando ceno, pude
<b>LÍNEAS 424 – 431.</b>	432	cenar; cuando ceno, me tomé el tratamiento y
	433	yo dije: -Si me va a seguir cayendo mal y me
<b>MARCA-GUÍA:</b>	434	va a matar, pues que me mate y yo voy a mor-
<b>BAJA EFECTIVIDAD.</b>	435	rir dormida que... es mi ansia: morir dormi-
<b>LÍNEAS 433 – 438.</b>	436	da ee... y fue al otro día que me levanté, o sea,
	437	rechacé el tratamiento, pero inmediatamente
	438	como que... (pausa corta) como que fue una
	439	solución, me levanté como que si no hubie-
	440	ra pasado nada. Igual que ahora, como en la
	441	última crisis que me le presenté ummm...
<b>CATEGORÍA:</b>	442	igual que ahora mee... (pausa corta) cuando
<b>ENFERMEDAD.</b>	443	nos atracaron que... le llevé...le llegué y lo
<b>MARCA-GUÍA:</b>	444	primero que preguntó fue: -¿Por qué ella está
<b>CARÁCTER EXTERNO</b>	445	así?, ¿no está tomando el tratamiento?, ¿qué
<b>Y MULTIVARIABLE.</b>	446	le hicieron?, ¿qué le sucedió?; porque ella no
<b>LÍNEAS 444 – 450.</b>	447	tiene por qué estar así, entonces Marcelo le
	448	dijo: -De que nos atracaron y ella estaba allí.
<b>CATEGORÍA:</b>	449	-Ah... claro eso es, ella no puede sufrir altos
<b>VALORACIÓN PERCEP-</b>	450	ni bajos. Estee... él le da una denominación a
<b>CIÓN FAMILIAR.</b>	451	mi enfermedad, pero no recuerdo...el habla
<b>MARCA-GUÍA:</b>	452	de algo de depresión; él habla de depresión
<b>ESTIGMA.</b>	453	estee... él dice que yo estoy deprimida (pausa
<b>LÍNEAS 454 – 458.</b>	454	corta)... y con la vida que llevo con Marce-
	455	lo: más deprimida, más deprimida porque él
	456	quiere (pausa larga)... que se haga lo que él
<b>CATEGORÍA:</b>	457	quiere...él (pausa media) lo que él le sea con-
<b>VALORACIÓN DE SI</b>	458	veniente. Él ahora me está celando; cosa que
<b>MISMA.</b>	459	no lo hacía (pausa corta)... ee... porque yo
<b>MARCA-GUÍA:</b>	460	quiero vivir, porque el psiquiatra me manda a
<b>ACTITUD POSITIVA.</b>	461	vivir, me manda a que <u>yo viva</u> (tono determi-
<b>LÍNEAS 460 – 462.</b>	462	nante y enfatizado), a que sea como antes...
	463	y conocí a un señor: un muchachón, un mu-
<b>CATEGORÍA:</b>	464	chachón de 35, 36 años que... me habló de mi
<b>ENFERMEDAD.</b>	465	vida (tono pausado), <u>me habló de mi vida</u> , de
<b>MARCA-GUÍA:</b>	466	mi enfermedad me dijo que... que... me dijo
<b>CARÁCTER EXTERNO</b>	467	todo: -que mi enfermedad no era natural, que
<b>Y MULTIVARIABLE.</b>	468	eso era un demonio estee...y que (pausa me-
<b>LÍNEAS 466 – 471.</b>	469	dia) Dios me tenía algo preparado muy bello,

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 472 – 498.**

470 que eso se me iba a quitar y que... que trata-  
471 ra de salir como me...(corta). Estando (pausa  
472 corta) un día con el doctor R me dijo que yo  
473 tenía que salir del problema de Marcelo...  
474 El doctor R y yo quedamos en una oportu-  
475 nidad a solas porque Marcelo tuvo que salir  
476 para el negocio yy... le conté cómo era el tra-  
477 to de Marcelo para conmigo y le conté cómo  
478 bebía él, cómo fumaba tabaco, cosa que me  
479 molesta horrible que no me le puedo acercar  
480 yy... pues... no tengo marido pues; no tengo  
481 marido ee... él se está agobiando, él se está  
482 acabando como hombre en el sexo, en... en  
483 todo con ese tabaco y ese aguardiente, esas  
484 bebidas alcohólicas, entonces, le conté al doc-  
485 tor R y ese señor es tan... es tan... como te  
486 digo... tan de buen vivir que... me dijo que  
487 qué hacía yo en su consulta y qué hacía to-  
488 mando medicamentos que no me iba a curar  
489 nunca me dijo así de frente, me dijo: -No se  
490 va a curar nunca mientras usted tenga ese pro-  
491 blema con ese señor, usted tiene que acabar  
492 con esa relación... este señor, este hombre  
493 que me trató que es simplemente y llanamen-  
494 te un espiritista me dijo lo mismo: -Usted tie-  
495 ne que salir de ese hombre; sin yo hablarle  
496 nada... me dijo: -Ese hombre a usted la está  
497 perjudicando y tiene que salir de él ee... me  
498 dijo: -Dios le tiene preparado algo muy bueno  
499 por lo que ha sufrido, la va a premiar por lo  
500 que ha esperado, porque usted tiene... usted  
501 es una mujer de fe, usted tiene una protección  
502 al lado de su cama en su cabecera... ¿Qué  
503 tiene de protección? -Yo le dije: Mi Biblia,  
504 mi Biblia. - ¿Y la tiene abierta? -Sí, la tengo  
505 abierta en el salmo 91. -Esa es su protección,  
506 me dijo, para que ese demonio no le quite la  
507 vida. Ee... me habló... le habló a mis hijos  
508 sobre el trato que me dan y les dijo: -Sépanse y  
509 entiendan que... su madre es una mujer que se  
510 puede do... dominar sola porque no está casa-  
511 da, sépanse que ella es la dueña de la casa; ella  
512 es la que manda aquí y sépanse que su madre

**CATEGORÍA:  
VALORACIÓN DE SI  
MISMA.  
MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 516 – 543.**

513 va a ser muy feliz y déjenla que ella escoja su  
514 vida, escoja su vida ee... (pausa media) en...  
515 en asuntos de... de... (pausa media) de... es-  
516 tee... de diversión; estamos divirtiéndonos,  
517 estamos planificando para el sábado divertir-  
518 nos otra vez en la casa porque el viernes se  
519 festejó mi cumpleaños: el viernes 6 este...  
520 y, estamos este... organizando una parran-  
521 dita este... estilo bonche; nada de formali-  
522 dad ee... en mi casa se presta porque... por  
523 el jardín y y... es... que estamos en suma...  
524 en toda confianza y familia... familia y... y  
525 confianza. Esto... ee...(pausa larga)... él está  
526 un poquito celoso por un guitarrista (tono de  
527 voz pausado) que... él no sabe que el guita-  
528 rrista me... me suelta piropos, porque si sabe  
529 no lo deja entrar más nunca en mi casa (pau-  
530 sa corta)... pero... igualito se siente celoso,  
531 igualito yy... de otro primo que conoció en  
532 Mitón, también siente celos, ese primo sí no  
533 me puede visitar...no me puede visitar; ese  
534 primo yo lo adoro... emm... está pendiente  
535 de mi celular, me lo registra; o sea, ahora  
536 está... estoy sufriendo un colmo, ya llegué al  
537 colmo ya no... no resisto, ya no resisto yy...  
538 bueno, él dice que... que nadie le va a quitar  
539 su mujer (tono apresurado) yy... eso es...es-  
540 toy tratando de ee... li... de limar asperezas  
541 con él y estoy tratando de... estoy tratando de  
542 llevar todo por (pausa corta) la suavidad, el  
543 cariño, la atención, el diálogo; estoy tratando  
544 de conversar mucho con él yy... siempre lle-  
545 gamos a la misma conclusión: que él quiere  
546 que se haga lo que él dice en mi casa y no  
547 puede ser, Mario, tú que eres un licenciado,  
548 un sociólogo... esa es mi casa (énfasis), esa  
549 no es su casa, esa casa me la regaló mi ex ma-  
550 rrido y esa casa está...habitada...él le dijo a  
551 mis hijos: -Esa casa es de ustedes para que  
552 vayan a bonchar, para que se vayan a divertir,  
553 para que vayan a gozar y nadie les interrumpa  
554 y nadie les reclame nada; allí van a hacer lo  
555 que ustedes quieren-. Pues, Marcelo quiere

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**COMORBILIDAD.**  
**LÍNEAS 569 - 577.**

**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 578 - 585.**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CUANTÍA DE MÉDICOS.**  
**LÍNEAS 585 - 592.**

556 prohibir todo. Claro, que yo le doy, Mario, yo  
 557 le doy este... alas, sí... sí le permito muchas  
 558 cosas, pero ya me tiene al borde de la... ya me  
 559 tiene al borde.

560 **C:** Volviendo de nuevo a los tratamientos,  
 561 cuando has estado vinculada a los psicofár-  
 562 macos, cuáles han sido los efectos que te han  
 563 causado: ¿Has tenido efectos positivos o has  
 564 tenido efectos negativos? Y si son efectos ne-  
 565 gativos: ¿De qué tipo son? Tú me comentabas  
 566 ayer de una situación que viviste fuera de Ma-  
 567 racaibo: en Colón ee... que tú misma señalas-  
 568 te que era producto de un psicofármaco.

569 **R:** Bueno, Mario, este... cuando... las do-  
 570 lencias mías, de mí... de mis operaciones yo  
 571 siempre llegaba deshidratada a... a la clínica  
 572 y siempre me hidrataban temblando brincan-  
 573 do y llorando a gritos; temblando, brincando y  
 574 llorando a gritos y llamando a D y llamando a  
 575 Ch: a mis médicos; por favor, que vengan mis  
 576 médicos yo me voy a morir, esto no lo aguan-  
 577 to yo ee... siempre me inyectaban un Valium  
 578 y cuando me inyectaban el Valium no dormía;  
 579 no dormía, o sea, el Valium no, no va para  
 580 mí ... no va para mí. Ee... eso lo recuerdo  
 581 perfectamente porque siempre se me formaba  
 582 un pelotón en... en el brazo o en la nalga...  
 583 este... cuando... e... en la segunda operación  
 584 yo estuve gravísima, yo fui operada en di-  
 585 ciembre y en enero; a principio de enero llegó  
 586 mi sobrina de Colón: que ella vivía en Colón  
 587 yy... su esposo es un gran médico... le dije:  
 588 -Laura, llévame para... para Colón, para que  
 589 Ju me cure- Pensé y tuve la esperanza y la fe  
 590 de que Ju me iba a sanar yy... me dijo: -Bue-  
 591 no, vámonos, vámonos- y me fui, imagínate  
 592 tú el frío en Colón en enero: eso es terrible,  
 593 demasiado frío y yo sin comer y temblando,  
 594 bueno, lo que hacía era que: fumaba, fumaba,  
 595 fumaba; fumaba muchísimo, tanto, que se me  
 596 pusieron los dos dedos de la mano derecha: el  
 597 índice y como se llama este... este otro...

598 **C:** El pagar.



**MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 610 - 614.**

**MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 626 - 689.**

599 **R:** Ajá... se me pusieron como la... ver una  
600 zanahoria: del humo, entonces... bueno Ju lo  
601 que hacía era que me observaba...  
602 **C:** El dedo índice y el medio (aclara).  
603 **R:** Eso... se me puso horrible. Ju lo que hacía  
604 era que me observaba más yo (pausa larga) le  
605 decía: -Ju, yo estoy aquí por ti y tú vienes y te  
606 vas para que la señora Carmen, no me cae bien  
607 esa señora Carmen; yo por echarle broma, o  
608 sea, yo estoy con el ansias de que me veas, de  
609 que me toques, de que me digas algo... qué  
610 tengo Ju, qué tengo; por qué estoy tan mal,  
611 por qué no puedo comer, por qué tiemblo tan-  
612 to, por qué lloro tanto, por qué grito tanto- y  
613 él no (pausa corta) me (pausa corta) contes-  
614 taba, él no me contestaba y se volvía a salir  
615 de la casa. Bueno, un día... un día, se llevó el  
616 aparato de hacer ecogramas, se lo llevó para  
617 la casa y me dijo: -Vamos para estudiarte- y  
618 me estudió: Me vio los riñones, el hígado, la  
619 vesícula, el... los ovarios, las... trompas y la  
620 matriz no porque ya estaba operada, ee... el  
621 colon y todo... la opera... las operaciones y  
622 me dijo: -Estás perfecta, estás perfecta: los ri-  
623 ñones los tienes limpios, el hígado también,  
624 todo está bien- imagínate, como me alimen-  
625 taba yo de bien este... con dietas y jugo de  
626 frutas, y me dijo: -Yo te he estudiado mucho  
627 Rose, vamos a inyectarte para que duermas  
628 bien esta noche- este... y yo le dije: Bueno,  
629 tú eres el médico... y vino y me inyectó un  
630 Lagartil (pausa media) que el doctor V me  
631 dijo que había hecho muy bien, pero que yo  
632 lo rechacé que... no todos los cuerpos... no  
633 somos iguales. Entonces, cuando él me in-  
634 yecta el Lagartil sufro algo terrible, terrible,  
635 esto es para... tu tesis debe ser muy buena  
636 porque Ju me dijo que casi todas las mujeres  
637 que él le inyectaba eso sufrían lo mismo que  
638 yo había sufrido. Me... cuando me inyecta en  
639 la nalga yo caigo dormida, pero en el mismo  
640 instante me despierto, me despierto agresiva  
641 y me rompo la dormilona y... trato de pegarle

642 a él en la cara y me... me sostuve porque vi  
 643 que era Ju y vi a Joan: a su hijo a mi lado y  
 644 me puse a llorar, me puse a llorar... y vi a mi  
 645 sobrina y dije: -Dios mío, me voy a desma-  
 646 yar, ya se me van a ir las piernas- cuando...  
 647 enseguida que veo todo nublado, vengo y...  
 648 me comenzó la asfixia, allí cuando vio Ju que  
 649 no podía respirar, había un muchacho casual-  
 650 lidad, en el frente y me llevaron de inmedia-  
 651 to para la clínica y allí me inyectaron para el  
 652 asunto del corazón y me pusieron la cámara  
 653 de oxígeno... ahí me salvaron, pero yo no  
 654 dormí en toda la noche... amanecí, amanecí  
 655 sin dolores... por eso digo que los dolores  
 656 son: de los nervios, amanecí, sin dolor... con  
 657 el cuerpo muy pesado; con el cuerpo muy pe-  
 658 sado... ee... pero con los ojos abiertos: no los  
 659 pude cerrar, o sea, me drogué verdad, me dro-  
 660 gué y... eso fue terrible, terrible la, la... cómo  
 661 reaccioné, el doctor Ju me dijo que así reac-  
 662 cionaban muchas yy... muchas que llegaban  
 663 con crisis; yo no estaba en ese momento con  
 664 crisis, lo que estaba era adolorida y el doctor  
 665 V me dijo que esa era la reacción que daba...  
 666 esa fue terrible, terrible, terrible, Mario... allí  
 667 yo no tomaba tranquilizantes, no tomaba, solo  
 668 tomaba.... Ah sí, sí espérate me hice adicta  
 669 al Buscobras: el Buscobras es una... eh, no  
 670 es psicotrópico, pero sí causa dependencia, sí  
 671 hace dormir y sí quita los dolores, me toma-  
 672 ba dos diarios de por vida...tuve tomándolos  
 673 años sobre años hasta cuando me hospitaliza-  
 674 ron la primera vez que el doctor me lo prohi-  
 675 bió terminantemente porque estaba... si cuan-  
 676 do me lo tomaba ya lo rechazaba, ya me...  
 677 estremecía toda y me daba más dolores y me  
 678 daban más brin... me hacía brincar, Mario,  
 679 yo brincaba, yo brincaba y me arrecostaba a  
 680 la pared: de cara a la pared como si quisiera  
 681 agarrar algo y me agarraba así de la pared (én-  
 682 fasis), agarraba la pared y hacía así, (su voz  
 683 se escucha lejos de la grabadora, así como si  
 684 ejemplificara la escena desde el lugar) hacía

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**COMORBILIDAD.**  
**LÍNEAS 695 - 701**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**OTROS AGENTES SOCIALES.**  
**LÍNEAS 724 - 727.**

685 así como la desesperación, Dios mío, Dios  
 686 mío, qué hago este... mami me vio y me dijo:  
 687 -Te tienes que hospitalizar- mamá me dijo eso:  
 688 -A ella la tienen que hospitalizar, porque ella  
 689 no va a resistir más, ella lo que se puede es  
 690 morir- fue cuando Javier; a Javier mi yerno,  
 691 el esposo de mi hija Adriana, habló con esa  
 692 doctora yy... pasó todo lo que pasó en el ...  
 693 en el psiquiátrico que cuando me están este...  
 694 investigando, me están haciendo la historia  
 695 este...ella dijo que yo estaba sintomatizando,  
 696 que los nervios me estaban haciendo enfermar  
 697 todo, todo, todo hasta el corazón, hasta el co-  
 698 razón; la tensión, los riñones (tono pausado)  
 699 porque me... quería... orinaba y quería orinar  
 700 inmediatamente, orinaba y quería orinar  
 701 inmediatamente, entonces, ellos decían que...  
 702 e, e, e... eso es una palabra que ellos tienen,  
 703 ese diagnóstico que... yo voy a tratar... voy  
 704 a tratar de comunicarme hoy con el doctor R  
 705 y le voy a preguntar cuál es mi diagnóstico,  
 706 le voy a prestar el teléfono a Joselyn: a mi  
 707 hija y voy a comunicarme con él, porque él  
 708 es muy atento y...no puedo ir ahorita para la  
 709 consulta porque Marcelo... hay un... hubo un  
 710 problema en la parrilla con el punto de... de  
 711 venta y no... no han cobrado y no tiene dinero  
 712 ahorita para llevarme a consulta.  
 713 **C:** Otra cosa, Rose, además de esos tipos de  
 714 tratamientos, tú has recurrido a tratamientos  
 715 no tradicionales. Me recuerdo por ejemplo,  
 716 que me hablaste una vez que fuiste para que  
 717 una señora que te echó un humo. ¿A qué otro  
 718 tipo de tratamientos has recurrido que no son  
 719 los formales?  
 720 **R:** Ay, Dios mío (con tono pausado): a mu-  
 721 chos, porque decía que alguien emm... que  
 722 supiera de esas cosas e... me sacara esas  
 723 cosas porque... tengo una amiga que sufrió  
 724 algo así yy... su padre trabajaba en el retén:  
 725 en el departamento de dactiloscopia y él ayu-  
 726 dó a un **Peruano** a... que saliera del retén y  
 727 el Peruano le dijo: -Usted tiene una hija- ...

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTROS AGENTES SOCIALES.  
LÍNEAS 743 - 749.**

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
OTROS AGENTES SOCIALES.  
LÍNEAS 758 - 854.**

728 estaba exactamente igual que yo, exactamen-  
729 te... parecía una muerta: delgada, cadavérica,  
730 temblaba igual que yo y el hombre le dijo: -yo  
731 le voy a pagar (pausa media) yo le voy a pagar  
732 ... con... con ese favor, yo le voy a sacar a  
733 esa... a su hija eso que le... le montaron yy...  
734 ese Peruano la trabajó desde su casa y a ella le  
735 dieron, así como a mí: dolor de cabeza, cosas  
736 extrañas, se volvió loca... en fin, eso sí... se  
737 le... eso sí se lo quitaron a ella. Dicen que  
738 a mí no me lo sacan es porque a mí no me  
739 ha tratado un Guajiro, una Guajira porque a  
740 mí... eso lo trabajó una Guajira y esos traba-  
741 jos Guajiros son muy difícil de sacar (pausa  
742 larga).  
743 El... el (pausa media) **un Cubano**, un Cu-  
744 bano moderno porque vivió en Miami (pausa  
745 corta) que me trató mucho antes de mí... de  
746 mis operaciones, él sabía lo que me estaban  
747 haciendo, pero yo no creía y... me (pausa  
748 corta) resguardaba, me... me cubría desde su  
749 casa para que no me mataran. Fíjate que la...  
750 cuando me opera D, que yo le digo: - Por favor  
751 D opérame de la apéndice para no tener en un  
752 futuro apendicitis- entonces, se me quedó mi-  
753 rando y me dijo: -Tú eres muy inteligente, sí  
754 es verdad, en lo único que tienes razón es en  
755 eso: que te quite el apéndice porque en un fu-  
756 turo ya no vas a sufrir de apendicitis- y... me  
757 la quitó... pues, Jesús se desapareció, nunca  
758 apareció me lo sacó fue **el parapsicólogo ese**  
759 **K**, me lo sacó... fue cuando dijo que me cui-  
760 daran a las tres de la tarde, que me dieran, me  
761 dieran té, me... me abrazaran... ee... me trató  
762 **ese Cubano** e... con mucho ee... la primera  
763 sesión, la primera consulta fue extravagante,  
764 fue algo muy feo...él fue uno de los que me  
765 levantó de la cama... este... incluso a él...  
766 este... a él se le incorpora ee... la llorona la...  
767 aa.... Cómo llama... él tiene otro nombre: la  
768 llorona, la sayona, la... la mujer de satanás  
769 (pausa media) él... cuando se le incorpora  
770 este animal este... dio un giro tan fuerte; por-

771	que yo estaba allí (destaca) tan fuerte que por
772	mi sobrino que es pelotero, que es... corpulento, fornido... él lo agarra a tiempo antes
773	que él se golpeará con la pared y se matará.
774	Lo iba a matar... lo iba a matar y él gritó
775	como grita ella, entonces, él dice que allí él
776	me la sacó, porque después me vio otro tipo y
777	me dijo este... -Lo que tenías, ya no te lo veo-
778	Otro tipo, <b>otro tipo de partó</b> que trabaja en
779	una inmobiliaria y me vio y me dijo: -Rose, lo
780	cargabas ya no lo cargas encima. Ee... este...
781	lo del tabaco de la conjuntivitis: eso fue real,
782	la mujer me dijo: -Yo, se lo sé sacar mas no
783	se lo voy a sacar porque me muero... del co-
784	razón: me da un infarto, lo que usted tiene es
785	muy fuerte me dijo yy... el maestro que me
786	trató una noche para que no me mataran... él
787	orinó sangre... la doctora, <b>la doctora F</b> , a ella
788	la llaman: Gila, ella está... ella está graduada
789	en... en... cómo llaman la especialidad de ge-
790	neri... genérica, genérica creo de cuidar a los
791	ancianos, de sanar a los ancianos.
792	<b>C:</b> Geriátrica.
793	<b>R:</b> Geriátrica, ella tiene ese postgrado y tie-
794	ne postgrado de dolencias, de dolor eso tiene
795	otro nombre... ella tiene varios postgrados, es
796	una mujer preparada este... me sacó todo lo
797	que te dije, todas las cosas que me sacó en el
798	consultorio y... tuvo una semana en cama orin-
799	ando sangre y me dijo que no me podía tratar
800	más ee... luego... después de unos años <b>me</b>
801	<b>trato con un sacerdote</b> , el sacerdote me...
802	me... fue a la casa y quemó los santos óleos:
803	en la casa y vio a la mujer cuando... en los
804	santos óleos con el algodón (pausa corta) vio
805	a la mujer y dijo que era una muchacha que
806	me quería ver muerta y vio los matero... to-
807	dos y me dijo: -En estos materos hay tierra de
808	muertos... saca todo esto de aquí yy... aquí
809	hay algo enterrado en... en esta palma (pausa
810	corta) y agarra la sábila que tienes guindada
811	que la va... y me llevo para la casa de mi
812	hermana, yo me tuve que ir para la Coromoto
813	

814	en la iglesia de San Francisco yy... cuando
815	íbamos vía a la Coromoto paró la camioneta
816	y me dijo: -Desconjúrala tú- si yo sé lo que
817	me va a pasar no lo hago y me dijo: - Bueno,
818	gracias padre por haberle dado el poder a esta
819	planta y haber... que recogió tanto mal que
820	había en mi casa, te doy gracias y te bendigo
821	(pausa media) y te alabo, bendigo tu santísi-
822	mo nombre, amén- y boté la sábila... pues,
823	esa noche quedé inerte; eso fue un sacerdote,
824	eso fue el sacerdote que hizo el exorcismo en
825	la casa de... en las dos casas que están inhabi-
826	tables en 5 de Julio. Este... él... esa noche yo
827	quedé inerte, cuando yo pude hablar con él le
828	dije que por qué no me había dicho lo que me
829	iba a suceder, que yo no lo hubiese hecho. Me
830	dijo: -Mija, si a mí no me dejaron dormir me
831	iban aa... a producir (pausa corta) un infarto,
832	tuve que ponerme la sotana negra y acostarme
833	frente al santísimo para que no me... me die-
834	ran un infarto este... yo estuve muy mal.
835	Y yo le dije: -Yo que no me podía levantar
836	de la cama, era mi pobre madre sobándome
837	con alcohol y orándome; sobándome y orán-
838	dome y echándome en la nuca el aceite que
839	la doctora me había dado... el aceite que ella
840	bota por las manos, ella me dio un frasquito...
841	cundo yo me echaba ese aceite me dejaban
842	tranquila y podía dormir, y podía comer eso
843	fue... pasé una semana en... en ese tormen-
844	to, me vieron muchos... muchos espiritistas
845	este... hasta que un día le prometí al señor
846	no volver a que... que me trabajaran sino que
847	fuera su propia mano, sus propios ángeles
848	que... que guerrearán en contra de... de... del
849	mal que... las ataduras porque son ataduras
850	como me dicen los pastores, son ataduras las
851	que yo tengo... estoy encadenada con esos...
852	esos... principados como dice la biblia, prin-
853	cipados que son los huéspedes de las... de las
854	tinieblas, los... los huéspedes de Satanás.
855	<b>C:</b> Actualmente, ¿sigues algún tipo de trata-
856	miento?

<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 857 – 861.</b>	857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 896 898 899	<p><b>R:</b> Sí... sí ee... con una gravedad de... de mi amiga y una enfermedad de mi primo que murió ee... me puse muy triste y muy mal y comenzó la taquicardia y el temblor, no me podía dominar y estaba en la casa sola o no estando sola y tuve que retomar el tratamiento, comprarlo; mis hijos me lo tuvieron que comprar y... comprar... ee... cómpralo ee... todo completo porque nada más me estaba tomando el de dormir... la media pastilla para dormir y el... el psicotrópico que era el Alpraxolan (pausa corta) que ese es el que me calma el... el dolor del maxilar es... es el que me calma el temblor.</p> <p><b>C:</b> Es decir, que el tratamiento que ahora estás tomando es únicamente psicotrópico y sedante.</p> <p><b>R:</b> Sedantes y... psicotrópicos, el uno es... el uno es... es para los nervios.</p> <p><b>C:</b> Tú, ¿trajiste allí algunos medicamentos? Podrías... me podrías dar una breve explicación: ¿Cuáles son?, ¿cuántos son?, ¿para qué sirven?, ¿qué efectos tienen?</p> <p><b>R:</b> Vamos a contarlos, el, el...este, el Paxil es maravilloso, es milagroso es como... es milagroso, la fórmula se llama: paroxetil clorhidrato: eso es de 20 miligramo, ee... tranquiliza mucho, Mario, tranquiliza mucho tiene... hay otro con ese nombre que está por allí... para recubrirme el estómago siempre lo uso: la Ranitidina... este es el nombre de la fórmula de 300 mg (muestra el medicamento al investigador) este es para recubrir el estómago y no sufrir acidez y do... dolencias porque sí, sí me duele el estómago, sí me duele fuerte... este es el psicotrópico, el tranquilizante: el Alprazolam de 1 miligramo...el laboratorio lo llama Tafil, pero la fórmula se llama: alprazolam y es de 1mg, la tomo la mitad por la mañana y la mitad por la noche como me lo puso el doctor V... emm... te voy a hablar del (se aclara la garganta) Seroquel que esto es para dormir, la fórmula se llama: quetapina.</p>
---	---	--

900	ee... de 300 miligramos, es mucho los mili-
901	gramos para mí y la parto por la mitad... esto
902	me hace dormir, me hace dormir porque antes
903	no descansaba, no dormía y no me descansaba
904	el cerebro y... me... me la pasaba este... muy
905	mal, mal, mal porque pasaba toda la madrugada
906	despierta: fumando, que yo no puedo estar
907	fumando mucho y este es el medicamento que
908	lleva los nervios a su lugar a... los, los estiran
909	porque así me dijo también el doctor J, me
910	dijo las mismas palabras del doctor V y del
911	doctor ...R que es un medicamento para el...
912	que los nervios estén estirados y no estén la-
913	tiendo, moviéndose umm...ee... molestando
914	los músculos y los órganos, el, el componente
915	se llama: dival (pausa corta) proato sódico...
916	es de: 500 miligramos, ahora vino de 500
917	miligramos. Te ácido valcopri... val...proi-
918	co o valproico de liberación prolongada. Sí,
919	porque el valcoter no dura 24 horas más éste,
920	Valcoter, que como le dicen los médicos: val-
921	coter es acción prolongada; esta es... esta se
922	toma dos veces al día: en el almuerzo y en... y
923	para acostarte esto, este es el que... el que los
924	dos psiquiatras me recetaron que la tomara
925	de por vida. El Sistolcil es un... un calmante
926	para el estómago... no dice cómo se llama,
927	debe ser que se llama sistalcil el componente
928	no tiene... sí tiene, pero está muy pequeño y
929	no lo puedo leer: ese es un calmante para los
930	dolores de colon y de estómago.
931	El Atenolol de 100 miligramos dicen los mé-
932	dicos que es para bajar la tensión y para tran-
933	quilizar... ee... bueno, este es el nombre de
934	este medicamento que me da el seguro social.
935	Ricnilan este... comercialmente yo lo compro
936	como: bloqueum, pero como este me lo está
937	regalando el seguro social lo aprovecho, lo
938	aprovecho, pero el que yo tomo, el que me...
939	me indica la internista y el doctor V es el blo-
940	queum... ese es el tratamiento que yo llevo.
941	El que siempre llevo, siempre, siempre...
942	siempre he tomado ha sido el tranquilizante



**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PROFESIONALISMO**  
**LÍNEAS 952 - 957**

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN DE SI**  
**MISMA.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**ACTITUD POSITIVA.**  
**LÍNEAS 960 - 980.**

943 (pausa media) el tranquilizante Tafil, el Sero-  
 944 quel para dormir, el Atenolol que es el blo-  
 945 queom o ritnilan para la tensión y la Raniti-  
 946 dina que es un componente para...para cubrir  
 947 las paredes del estómago ee... parece al Ome-  
 948 prazol, pero el Omeprazol a mí... también lo  
 949 tomo mucho, el Omeprazol a mí me calma los  
 950 dolores mas no me quita la acidez; la acidez  
 951 me la quita la Ranitidina muy buena, eso es  
 952 lo que me manda el doctor R, la Ranitidina...  
 953 sabe mucho, él sabe mucho de medicamentos  
 954 por eso es que hace esos congresos en Ale-  
 955 mania, Suiza, en Washington... pagos por él  
 956 son pagos por él. Siempre anda de congreso  
 957 en congreso.  
 958 **C:** ¿Cuál de los tratamientos crees tú que te  
 959 ha surtido un mayor efecto?  
 960 **R:** El del doctor R, el último... el que me  
 961 ve... me ha sugerido... he sido alegre otra  
 962 vez, he dejado de pensar, este, en mi pasado,  
 963 que siempre estaba pensando en mi pasado,  
 964 en lo que sufrí, en por qué me dejé llevar por  
 965 esas cosas, en... por qué fui tan gafa, tan estú-  
 966 pida en haberme dejado llevar y no llevar mi  
 967 vida como...como yo quiero. Eso es lo que  
 968 está tratando ahora mi marido Marcelo de...  
 969 de, de hacer, de truncarme... como me ve tan  
 970 feliz, me ve tan feliz me... ee... él, el, el psi-  
 971 quiatra me dijo que tenía que salir de ese pro-  
 972 blema y el muchacho este que... que es como  
 973 parapsicólogo, como un espiritista me dijo  
 974 que: -Viviera feliz, que... que viviera con lo  
 975 que Dios me había dado, que disfrutara todo  
 976 lo que había sufrido: Que ahora lo disfrutara-  
 977 entonces, ahora tengo el problema de Marce-  
 978 lo registrándome el teléfono yy... mirándome  
 979 todo, no puedo hablar con nadie porque él se  
 980 mete en las conversaciones, me entiendes.  
 981 **C:** Mira, vamos a precisar un poco sobre tus  
 982 tratamientos con antipsicóticos o los psico-  
 983 fármacos. Has tenido mucha variación en el  
 984 tratamiento, ha ido de mayor a menor, cómo  
 985 ha sido tu comportamiento.

**MARCA-GUÍA:  
BAJA EFECTIVIDAD.  
LÍNEAS 986 - 1039.**

986 **R:** He tenido varios cambios en las medicinas porque el doctor V ee... me colocaba un  
987 tipo de tratamiento... ee... si más no recuerdo  
988 ee... el Anapramil para la depresión, ee... el  
989 Abaxon que está diseñado para que dure 24  
990 horas en el... en el estómago porque el...  
991 ellos explican de que cuando... el enfermo  
992 metal sufre una desvariación... cuando ellos  
993 cambian de personalidad, verdad, es porque  
994 el... el antidepresivo y el anti... el psicotrópico,  
995 el tranquilizante se (pausa corta) disuelve en el estómago y ya no está en la sangre y  
996 el paciente comienza con sus locuras y con  
997 sus shows, entonces, ese tra... abaxon que es  
998 el apraxolan, ese abraxon está diseñado por  
999 los Estados Unidos para que dure 24 horas del día y la persona no se... no se alarme, no se...  
1000 no se ponga furico; ¿me entiendes? Este...  
1001 mmm... me ponía otro medicamento que...  
1002 Reverón que me caía mal, porque cuando  
1003 lo tomaba parecía que me estaban arrancando las piernas de... raíz y yo... lo eliminaba  
1004 y era cuando él me regañaba, no lo tomaba más... yo le decía: -Doctor, yo no voy a tomar  
1005 una cosa que me haga sufrir- emm... bueno, la pastilla de la tensión emm... y para dormir me... mmm... me... recetó una que no  
1006 recuerdo, porque ya hace muchos años, ya hacen varios años que me la recetó este...  
1007 no recuerdo Mario, pero para mañana yo lo busco... esas pastillas me las... me las... me las recetó para que durmiera y dormía... dormía, dormía... al principio ellas... te quiero recalcar esto: al principio el medicamento hace mucho efecto y ya después tú... ellas como que te van soltando cuando ya se van absorbiendo más en la sangre o ya se va absorbiendo más, ya tú lo vas este... ya tú lo vas... como te digo yo este... es como superar un problema ves... que ya el... el... la pastilla ya te es más suave... las primeras te caen más fuerte, te caen fuerte, te da: sueño, te da bobera, te da de todo; te ponen dopado

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 1039 - 1041.**

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 1046 - 1047.**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PROFESIONALISMO.**  
**LÍNEAS 1063 - 1066.**

1029 (tono pausado), pero ya después tú la resistes  
 1030 y, te haces resistentes a ellas...puedes traba-  
 1031 jar, ¿ves?, lo único es que no puedes destran-  
 1032 nocharse ni levantarse temprano porque pasas  
 1033 el día borracho, como me sucede a mí que si  
 1034 me trasnocho ee... al otro día estoy toda so-  
 1035 ñolienta, o sea, con sueño... sueño que lo que  
 1036 quiero es dormir, entonces, los oficios del ho-  
 1037 gar no me dejan dormir, ¿me entiendes?, y yo  
 1038 pido a mis... mis nietos por las tardes (aclara  
 1039 la garganta). Lo único, Mario, que yo veo en  
 1040 mi tratamiento es mi relación...mi mala rela-  
 1041 ción con Marcelo.  
 1042 **C:** ¿Los medicamentos los has ido consu-  
 1043 miendo en mayor cantidad o has ido bajando  
 1044 la cantidad de medicamentos que estás to-  
 1045 mando?  
 1046 **R:** Los (pausa corta) bajé, los bajé hasta que  
 1047 se murió mi primo y le dio el ACV a mi ami-  
 1048 ga; allí, los volví a retomar todos completos...  
 1049 todos completos, pero sí los había bajado por-  
 1050 que ellos lo que quieren es que yo no tome  
 1051 más nunca pastillas, solo terapia.  
 1052 **C:** ¿Quiénes son ellos?  
 1053 **R:** Los dos doctores: el doctor V y el doctor  
 1054 R, ellos lo que quieren es que yo no siga to-  
 1055 mando fármacos... no quieren.  
 1056 **C:** ¿Por qué?, ¿qué te dicen ellos?  
 1057 **R:** Porque..., o sea, (pausa corta) voy a ser  
 1058 una adicta...completa...total, total... para  
 1059 toda la vida y no... no quieren eso para mí,  
 1060 siempre me lo han dicho.  
 1061 **C:** ¿Quisieras decir algo más?... ¿con cuál de  
 1062 los tratamientos te has sentido mucho mejor?  
 1063 **R:** Con el del doctor R, con el que llaman la  
 1064 eminencia, que todos dicen que es una emi-  
 1065 nencia... con ese que se va para todos los paí-  
 1066 ses del mundo...  
 1067 **C:** ¿Y lo de él es principalmente antipsicóti-  
 1068 cos, los que te ha recetado él?  
 1069 **R:** Sí... sí... sí... todos, todos (pausa corta)  
 1070 bueno, solamente me ha... me ha puesto el...  
 1071 el que me cubre el estómago y el de la ten-

<b>MARCA-GUÍA: MEDICACIÓN EXCLUSIVA. LÍNEAS 1069 – 1077.</b>	1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079	sión; los demás todos son para los nervios. <b>C:</b> ¿Cuántos?, ¿cuántos medicamentos son? <b>R:</b> Uno... dos... tres... (pausa media) tres: (pausa corta) el Paxil, el Valcoter, el Alprazolam y el Seroquel: cuatro... el Seroquel es para dormir. <b>C:</b> ¡Ya! (entendiendo la explicación). Bueno, vamos a dejarlo hasta aquí.
--	--	--

SESIÓN DE ENTREVISTA: 5. CATEGORÍA: VALORACIÓN DE SÍ MISMA.		
RELATORA (R): ROSE.		CORRELATOR (C): MARIO GONZÁLEZ.
CATEGORÍAS	LÍNEAS	ENTREVISTA
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 21 – 26.</b>	1	<b>C:</b> Buenos días, Rose.
	2	Estamos aquí para realizar la quinta sesión
	3	de entrevista que tiene que ver con la valora-
	4	ción que tú tienes acerca de ti misma, es de-
	5	cir, cómo te sientes tú... cómo te has sentido
	6	antes de que te diagnosticaran el trastorno,
	7	cómo te has sentido después, cuál es tu opi-
	8	nión al respecto.
	9	<b>R:</b> Buenos días, Mario, eee... ¡Bueno! Por
	10	ahorita está todo bien. Emm... de acuerdo
	11	a... a los tratamientos: ¡He mejorado!
	12	Con respecto a cómo me sentía antes de los
	13	tratamientos emm... ¡por el suelo!, o sea, no
	14	tenía ee... para... para mí no valía la vida:
	15	nada. No valía la pena. Este... mi autoestima
	16	estaba sobre el piso y... yo misma me creía
	17	nada... me creía poca cosita a pesar de que
	18	me miraba en el espejo veía a una mujer tan
	19	joven ¿verdad?... después de los 25 años y...
	20	allí comencé a vivir una vida como...como
	21	de rabia con mí misma por haber aceptado
	22	tantas cosas en el matrimonio, y no me perdo-
	23	naba ee... por qué yo había aceptado esas co-
	24	sas y por qué había dejado mis estudios por...
	25	hacerle caso a un hombre que... no valió la
	26	pena. Este... después...pasó mucho tiempo
<b>CATEGORÍA:</b> <b>VALORACIÓN PERCEP-</b> <b>CIÓN</b> <b>FAMILIAR.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PERSONAS SABIAS.</b> <b>LÍNEAS 29 – 35.</b>	27	y yo en las mismas: <u>No valgo nada, no soy</u>
	28	<u>nada... no soy nada, pues. No tengo remedio,</u>
	29	<u>no quiero vivir</u> (con tono desalentador) vivía
	30	así a pesar de que tenía amistades que... me
	31	ayudaban... es lo que me ha llevado hasta el
	32	día de hoy, Mario: mis... mis amistades, mis
	33	amigos...mis amigas ee... que siempre me
	34	decían: -Tú vales mucho, eres muy bonita...
	35	todo.
	36	Bueno, ee...después de saber lo que yo te-
	37	nía... porque uno nunca sabe que...cuál es el
	38	diagnóstico o la enfermedad que uno pueda
	39	tener. Bueno, después que me di cuenta que...
	40	lo que yo padecía, ee... como que me sentí

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 44 – 48.**

40 lo que yo padecía, ee... como que me sentí  
41 más sufriendo y... y me...me dio lástima con-  
42 migo misma, pero... este... pensé en mí, en  
43 que no podía seguir así: deprimida y decidí  
44 hacer de la vida un juego, una sola... un solo  
45 bonche (tono pausado) este... arreglarme,  
46 ee... e... emperfumarme, e...vivir con mis  
47 hijos, salir... de viaje, sola con ellos que antes  
48 no lo hacía, sino que lo hacía yo sola.  
49 **C:** ¿Cuándo decidiste ese cambio en tu vida  
50 y por qué?  
51 **R:** Cuando me di cuenta que estaba enferma,  
52 que estaba enferma de los nervios; que tenía  
53 una enfermedad en... en los... en el cere-  
54 bro, o sea, en mis neuronas emm...y mis...  
55 los nervios mandan las... umm... ¿cómo se  
56 llaman?... a los órganos, y los órganos se po-  
57 nen... mal, a veces, se enferma, a veces duele.  
58 Todo eso me lo explica... me lo explicaron  
59 los médicos, entonces, yo misma he tratado  
60 de (pausa corta) superar eso para curarme,  
61 para salir de...de esa enfermedad. Y además,  
62 Mario, he visto personas que se han curado de  
63 los nervios. He conocido a unas cuantas per-  
64 sonas que... no sufren, pero para nada... de  
65 los nervios y se han curado con medicamen-  
66 tos (pausa corta) yendo a jugar bingo, yendo  
67 a caminar, ee... y todo lo demás. Entonces yo  
68 digo: - Por qué si yo he visto... dicen que los  
69 nervios umm... es una enfermedad que no se  
70 cura y he visto... he visto a una persona que  
71 están bien, entonces digo: -¡Vamos! Y tengo  
72 un buen médico... vamos a darle... o sea,  
73 quiero estar bien, voy a estar bien, yo voy a  
74 superar esto loo... que pasa es que estoy un  
75 poquitico como en cuestión de tiempo... de  
76 tiempo.  
77 **C:** Cuéntame cómo valoras tu infancia antes  
78 de que entraras en la enfermedad.  
79 **R:** Mi infancia fue lo más lindo, o sea, ¡ju-  
80 gar!... ( tono alegre) jugar, estar encima de  
81 mi padre cuando mi padre estaba en la casa él  
82 tenía este... estaba lisiado, tenía un derrame

83	cerebral y... por lo tanto, yo le hacía todo...
84	él era barbero y... a...y ... era pavo, entonces,
85	en la barbería le hacían unas cosas y yo
86	en la casa le hacía otras... entonces él me enseñaba
87	mucho y... este... me daba como <u>rienda</u>
88	<u>suelta como para que yo jugara en aquel</u>
89	<u>patio tan grande</u> (demuestra goce) que había
90	hasta como con un gimnasio, había una...una
91	cancha de... de volibol.... Yo me la pasaba
92	jugando, me la pasaba subida en las matas...
93	mi infancia fue bueno: con mis amiguitas,
94	muchas amiguitas, incluso una española que
95	vivía al lado de mi casa... ee... compartíamos
96	mucho. Con la señora Rosa... ella me invitaba
97	para que yo estuviera con sus tres hijos en
98	la casa y... el señor Mariano: los dos españoles
99	este... no las llevábamos muy bien y pasé
100	una...una infancia con esa influencia ¿No?
101	De... del querer vivir ansio...ansiosamente
102	¿verdad?, vestir bien, estar siempre arreglada,
103	emperfumada. Bueno, eso... esa relación que
104	tuve con los vecinos...del lado mis amigos
105	españoles me ayudaron a vi... como a vivir
106	una vida... diferente a la vida de mi... de mi
107	familia este... siempre en superación, siempre
108	en... en una alegría en un grupo, porque
109	yo digo y... y comprendí: que la vida sin los
110	amigos no es vida; no es vida y que la vida
111	sin una reunión no es vida, porque yo tengo
112	muchas obligaciones en...en la casa, pero si
113	no estoy con... reunida este... e... gozando
114	plácidamente con... con mis amigos, con
115	mis... mis hijos, mis... mis... yernos y mi
116	nuera... bueno, ¡soy nada!, soy...soy... me
117	vuelvo triste. Bueno, este... después de...de,
118	de...de esas alegrías de mi niñez, de mi juventud
119	este... (pausa corta) Mario, fue algo
120	(pausa corta) muy bello, o sea, eso es como
121	enamorarse de... de la vida. Me enamoré de
122	la vida con todos esos amigos tan bellos, mis
123	amigas tan bellas, tan cultas... preciosas, mi
124	bachillerato fue precioso; mi primaria (pausa
125	corta) bella, bella porque yo escogía a

**CATEGORÍA:  
MÉDICOS.  
MARCA-GUÍA:  
PROFESIONALISMO.  
LÍNEAS 144 – 148.  
CATEGORÍA:  
VALORACIÓN**

**PERCEPCIÓN  
FAMILIAR.  
MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 166 – 170.**

126 mis amigas. Estudié en un colegio donde no  
127 habían varones, sino puras hembras...había-  
128 mos puras hembras y... este... compartíamos  
129 mucho, mucho, mucho (énfasis) no... nunca,  
130 nunca me dio por estudiar en un colegio de  
131 monjas sino allí: en mi colegio, en el Orangel  
132 Rodríguez en mis seis años cuando umm...  
133 salí de la primaria, mi papá me pidió que es-  
134 tudicara... derecho, o sea, imagínate. Bueno,  
135 yo estudié bachillerato comercial y podía es-  
136 tudiar derecho, pero ¡no! Le dije: Papá, no,  
137 porque no me gusta leer, o sea, sí me gusta  
138 leer, pero no retengo la lectura en algunas...  
139 en algunos casos. Entonces, umm... él vivía  
140 este... diciéndome que yo servía para... abo-  
141 gado como él yo siempre fui... ee... he bus-  
142 cado de andar con médicos... mi padre era de  
143 abogados, e...yo, le tengo como fobia a los  
144 me... abogados, me fascinan los médicos, me  
145 encantan, me encantan este...porque ellos  
146 son: científicos y le llevan a uno a vivir a un  
147 plano...que bueno... que tuu... Mario... atra-  
148 viesas barreras que si por lo menos este... se  
149 te muere un amigo entrañable este... caes en  
150 una depresión umm... no depresión, una tris-  
151 teza y... y... (pausa corta) los mismo amigos  
152 te llevan, te sacan de esa tristeza, de esa... de  
153 esa depresión... porque yo perdí (pausa cor-  
154 ta) un amiguito que (pausa corta) era amigo  
155 de mis hijos y... me ayudaba en la crianza de  
156 mis hijos y él me... incluso, me dijo que...  
157 como la canción de Ilan Chester que se lla-  
158 ma “amistad” me dijo: -Esa canción, yo te la  
159 dedico me dijo, antes de matarse...del acci-  
160 dente. Esa... esa canción es para ti, me dijo  
161 yy...bueno, cuando se mató en el viaje con  
162 nosotros yo... (pausa media) casi me mue-  
163 ro... mi hija... mis hijas lloraron mucho, se...  
164 se tuvieron que ir de la casa, porque parecía  
165 que lo veían... y salimos, salimos este... Ma-  
166 rio de esa tristeza con el mismo... tú sabes...  
167 roce de...de los amigos y hasta de la misma  
168 familia: de mi mamá, de mi hermana Judi que



<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 174 – 179.</b>	169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211	<p>siempre estuvieron junto conmigo, nunca me abandonaron; nunca.</p> <p><b>C:</b> Esa época tan feliz que tú señalas de tu infancia y parte de tu adolescencia, ¿cuándo termina? ¿Dónde se quiebra?</p> <p><b>R:</b> Bueno, cuando ya este... decidí divorciarme, desde mi primer matrimonio. Cuando decidí divorciarme de mi primer matrimonio quedé deprimida, horriblemente deprimida y hubo una amiga que se conolió de mí y me dijo: -Estás viviendo un infierno muy feo. Y le dijo a mi madre: -Yo me la voy a llevar y ella... bueno, como ella era comerciante, me llevaba para todas partes. Hacía lo que tenía que hacer en la casa: limpiaba, dejaba todo listo, acomodado, dejaba a mis hijos con mi madre y mi hermana y... salía a bonchar con ella... a vender las cosas que ella vendía ee... bueno, todo bello... bello, incluso, bueno... me pasó lo que me pasó ee... (pausa media)...</p> <p><b>C:</b> ¿Qué fue lo que te pasó que te pasó?</p> <p><b>R:</b> Ee... que me enamoré otra vez y sufrí otra decepción y este... grande amor, me dio mucha tristeza. Allí caí otra vez en depresión (énfasis) y, en que yo no valgo nada, yo no soy nada, entonces... siempre... con mis amigos... con mis hermanas: vamos a salir, vamos para la playa, vamos de viaje, vamos para los Andes... bueno, todo eso este... lo... lo superé por... siempre, siempre por la ayuda de la otra... de las otras personas y... bueno, este...superé eso, seguí mi vida en un solo bonche y seguí bailando porque eso era lo que me... más me atraía, me gustaba: bailar, bailar, bailar... este... yo, este... sentía que botaba mucha energía: bailando y...conocía a muchas, muchas personas hasta que... me empezó la guerra o la enfermedad de las... hormonas. Las hormonas, como me dijo un cardiólogo que me examinó y me dijo que yo había nacido con problemas hormonales y que por eso era que tenía las... los dolores</p>
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 191 – 194.</b>		
<b>CATEGORÍA:</b> <b>VALORACIÓN PERCEP-</b> <b>CIÓN</b> <b>FAMILIAR.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PERSONAS SABIAS.</b> <b>LÍNEAS 195 – 208.</b>		
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>COMORBILIDAD.</b> <b>LÍNEAS 205 - 231.</b>		

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 232 - 239.**

**CATEGORÍA:**  
**MÉDICOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CUANTÍA DE MÉDICOS.**  
**LÍNEAS 239 - 242.**

**CATEGORÍA:**  
**TRATAMIENTOS.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**BAJA EFECTIVIDAD.**  
**LÍNEAS 251 - 257.**

212 menstruales... terribles que... Mario que...  
 213 de joven... tenía tres... la primera vez que se  
 214 me subió la tensión fue antes de los 30 años,  
 215 que me dijo este señor que... fue mi segundo  
 216 novio, mi segundo amor que era... es médico,  
 217 me dijo que... cuando le dije que se me ha-  
 218 bían puesto las orejas rojas y... que me había  
 219 pintado toda de sangre por todas... por el pe-  
 220 cho, por los brazos y la cara. Me dijo: -Se te  
 221 subió la tensión, ¿qué estabas haciendo?  
 222 -¡Nada!, estaba en el cuarto con el aire acon-  
 223 dicionado.  
 224 -Entonces, tienes una... una tensión emocio-  
 225 nal, vas a sufrir de una tensión alta emocio-  
 226 nal.  
 227 Y así fue y la cargo... y la tengo esto... bue-  
 228 no, no me cuidé nunca, nunca, hasta que  
 229 llegué a la mano de este cardiólogo y él me  
 230 habló de las... de... de las hormonas y... bue-  
 231 no, Mario, a los 37 años este... me practicaron  
 232 la histerectomía y ahí mismo, por desgracia  
 233 fue cuando perdí el equilibrio y me atacaron  
 234 los nervios por tantos antibióticos y tantos  
 235 antialérgicos que me inyectaron y cuestiones  
 236 extrañas como: esteroides, como el quenasol  
 237 que me inyectaban en el vientre para... para  
 238 el rechazo de los puntos. Todo eso me llevó  
 239 a las crisis de nervios porque cuando llegué  
 240 a... cuando llegué a la consulta de por prime-  
 241 ra vez de un psiquiatra... bueno, me vieron  
 242 muchos psiquiatras que no... llegaron a nada,  
 243 o sea, parecía que estaban en el limbo o no les  
 244 interesó la vida de... mi vida como pacien-  
 245 te... no me dijeron que estaba enferma, no...  
 246 que saliera que hiciera mi vida... antigua, que  
 247 siguiera bailando, que siguiera yendo al esta-  
 248 dio... todas esas cosas. ¡No!, no podía porque  
 249 no conseguía equilibrio para hacerlo este...  
 250 emm... el sentir los nervios de punta, eso  
 251 es... lo primero que sientes, Mario, es: que  
 252 no quieres ver nada del mundo, que quieres  
 253 estar acostado, que quieres estar... apartado  
 254 de todo el mundo y no escuchar ruidos, sola-

**MARCA-GUÍA:  
ENMASCARAMIENTO.  
LÍNEAS 267 - 274.**

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 275 - 286.**

255 mente lo que te agrada a ti... te pones como  
256 en una... cuestión, en un mundo no... este  
257 mundo es mío y lo voy a hacer (pausa corta)  
258 a mi... manera, o sea, escuchar música bien  
259 de jazz o clásica, o baladas o rock... me gusta,  
260 el rock de los años 60, 70, 80, 90 bueno,  
261 todos. Ee... bueno Mario, y... este... uno...  
262 yo me siento como que sii... hubiese vivido  
263 muchas veces, hubiese muerto muchas veces,  
264 incluso, yo he dicho que los... a mí me operaron  
265 en el 91 y... y... hubo un, un, un... día,  
266 unos días que dije que... que esos 12 años;  
267 ya habían pasado 12 años de sufrimiento...  
268 esos 12 años yo no los... no los he...sumaba a  
269 mi edad y cuando cumplía años decía: -Tengo  
270 tantos años, o sea, me restaba 12 años y la  
271 gente me... me criticaba y me echaba bromas  
272 y... no, porque esos días de sufrimiento, yo  
273 no los pongo (pausa corta) no los he vivido,  
274 para mí la vida es...tiene que ser felicidad, la  
275 vida tiene que ser alegría, tiene que ser amor  
276 tiene que haber un amor, tiene que haber un  
277 hombre: una pareja, que te diga, que te... que  
278 te cante, que te diga poemas (pausa media)  
279 ¿Me entiendes? Que salga contigo, con los  
280 amigos... no es una pareja para una cama y  
281 chao... ba, bai... no... no...no. Una pareja  
282 que te... penetre e... o sea, que se compenetre  
283 con tu vida, con tu... relación, con tus reac-  
284 ciones, con tu felicidad (énfasis). Bueno, y...  
285 y este... después de... de tantas cosas Mario,  
286 he querido vivir y he sido feliz. En eso... te  
287 digo de... de mi primaria, de mi... de lo que  
288 recuerdo de mi niñez: con mi padre este...  
289 porque fui criada por él se puede decir porque  
290 mi madre no me atendió por estar trabajando;  
291 por estar trabajando mi madre no me atendió,  
292 me atendió fue mi padre y mis hermanas...  
293 mayores. Bueno, a pesar de que me daba mucha  
294 lástima con papá, verlo caminar así de esa  
295 manera este... como era tan fuerte y valeroso  
296 y... inteligente... entonces, los amigos de él  
297 eran los Bellosos, los...los Villasmil, la gente

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 328 - 332.**

298 adinerada de aquí de Maracaibo, entonces yo  
299 veía ese ejemplo y decía: -Yo voy a ser así  
300 como mi padre, yo voy a ser así, voy a buscar  
301 de gente este... que me realce, porque él me  
302 decía que me... cuando me fuera a acercar a  
303 un árbol, que me acercara a un buen árbol,  
304 que me diera buena sombra y que me agarra-  
305 ra del tronco, no de las ramas (pausa corta).  
306 ¿Me entiendes? Y... y bueno, y por mi padre  
307 e... comencé a hacer las pasantías en el banco  
308 que eran los... los amigos de él, el padre de  
309 Lupita Ferrer, el señor este... (pausa corta),  
310 Ferrer... no recuerdo el nombre ya ¡Atilio  
311 Ferrer! Eureka, era el presidente del banco,  
312 entonces, yo veía esa... esas personalidades  
313 (tono denota orgullo). ¿Me entiendes? Como  
314 amigos de papá y... como los Leonardi, esos  
315 son personas millonarias de cuna, pero que...  
316 son instruidos. ¿Me entiendes? Tienen todo  
317 grado de instrucción y por ahí era que yo  
318 siempre, siempre me... me fui. Por lo tanto,  
319 me casé con un buen profesor, con un peda-  
320 gogo... químico que salió súper bien, súper  
321 bien, o sea, un hombre que, que da una clase y  
322 esa clase no se olvida nunca ee... luego me...  
323 me separé de él y, fue cuando me enamoré  
324 obligada podría decirlo así porque cuando me  
325 divorcié decidí no volver a ver... nunca más  
326 a un hombre ni que me tocara la mano, ni un  
327 dedo... no quería saber nada de el amor ni de  
328 los hombres, pero este hombre que me ena-  
329 moró, él estudia medicina y... (pausa media)  
330 me hizo cambiar y me devolvió la felicidad,  
331 me devolvió la alegría de aquella muchacha  
332 de bachillerato... de aquella muchacha y,  
333 este... cuando quiero ser feliz, Mario, me  
334 voy... me remoto a esa... a esa época, me re-  
335 moto y comienzo a... a pensar en las clases,  
336 en... en las muchachas: éramos 2. no, perdón  
337 éramos 3 y 2... y 2 muchachos mi grupo.  
338 Este... y después cuando me gradué que me  
339 quedé en el banco... como toda la gente me  
340 querían, me decían Azuquita: ese era mi apo-

341	do en el banco y... algunos me celaban... me
342	decían que el señor Leonardo, el hermano del
343	señor Leonardi me dejaba entrar en la bóveda
344	y allí en la bóveda no se podía... no podía
345	entrar nadie nada más que él y me decía que
346	él me tenía confianza porque yo soy hija de...
347	de Benardino Guerra un hombre que... es...
348	un... este... o sea, un hombre intachable y
349	ese señor bueno... este... esta... te cuento lo
350	del banco porque en lo del banco fue cuando
351	yo comencé a crecer... a crecer como mujer
352	después de un bachillerato donde tú sabes que
353	te... te roban, o sea, que estás siempre ocu-
354	pado, que no tienes tiempo de echar broma
355	¿verdad?
356	Cuando me gradúo consigo de... allí en el
357	banco este... solidaridad de muchas amigas,
358	de muchos... amiguitos (énfasis), o sea, ad-
359	miradores umm... bueno, en fin... todo era...
360	este... normal, es más, yo creo que ninguna
361	persona vivió más que yo en esos tiempos
362	de... de mi... de mi juventud. Bailé mucho,
363	salía mucho con mi hermana y los... los ami-
364	gos de ella del banco, porque ella trabajaba
365	en otro banco: En el Occidental, entonces,
366	éramos un grupo y tú sabes cómo es la... la...
367	la vida que uno lleva en un grupo, Mario,
368	este... puro, o sea, siempre fui jovial... siem-
369	pre (pausa corta) este... me fui por la moda,
370	siempre con las canciones de moda siempre,
371	siempre, siempre, o sea, siempre fui moderna
372	es más, con la edad que tengo sigo... sigo con
373	que soy moderna (pausa media) y que no...
374	no me gusta la gente apática, no me gusta la
375	gente... la gente triste, no me gusta la gen-
376	te... hipócrita, no me gusta la gente este...
377	que vive... como te digo... sin relacionarse
378	con nadie, no me gusta.
379	<b>C:</b> Cuéntame, ¿cómo te fue cuando te casas-
380	te?
381	<b>R:</b> ¡Hay mi madre! (sonríe) eso fue: terrible,
382	porque conocí el amor y el odio (termina la
383	frase riendo), conocí el odio, o sea, este...

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 386 – 423.**

384 Mario, amé demasiado al padre de mis hijos  
385 que pensé que había quedado este... con lo  
386 que... con el maltrato que me dio y cuando  
387 pensaba divorciarme, pensaba que había que-  
388 dado e... ¿cómo se llama? este... inválida,  
389 inválida, o sea, pensé: nada, se acabó mi vida,  
390 se acabó mi felicidad, se acá... mi mundo  
391 fue... negro, porque tenía un trato hostil,  
392 Mario... ¡hostil!, o sea, era un hombre que...  
393 este me ganaba con... como lo quería tanto  
394 me ganaba con una caricia y un te quiero y  
395 una canción y después, parecía otro. Ese sí era  
396 bipolar, ese sí. eso... su madre decía... o sea,  
397 yo, siempre supe que era neurasténico, ¡siem-  
398 pre! Y traté cóncchale por mi matrimonio,  
399 porque pensé ya mi padre estaba muerto... la  
400 enseñanza de mi papá que él no quería una  
401 divorciada. No quería divorciarme, Mario,  
402 pero este... él me trató muy mal y sufrí mu-  
403 cho, lloré mucho; me hizo llorar mucho, me  
404 hizo... él manejaba mi vida, lo que le gustaba  
405 a él era lo que yo tenía que hacer. Escogía mis  
406 amistades... escogía todo... mi vida... todo,  
407 todo lo escogía y... hasta que había un... un  
408 punto de que... con respecto a mis amigas  
409 este... yo tenía que... que poner un... un pa-  
410 rado a las... a las órdenes de él, porque era  
411 un dinamo, o sea, era... además energúmeno  
412 un... un estúpido también, porque creía que  
413 él me dominaba y que... yo tenía que vivir  
414 con las órdenes de él. Entonces, bueno... Ma-  
415 rio, ya no estaba mi padre y había un herma-  
416 no que era alcohólico y... él vivía... quería  
417 golpearme y yo decía que yo no podía irme a  
418 la casa de mi madre divorciada por ese hom-  
419 bre y... entonces... decidí aguantarle hasta  
420 que él me comprara la casa, pero además de  
421 amarlo mucho, sufrí mucho (pausa media) lo  
422 quise muchísimo, por lo tanto le tuve 3 hijos,  
423 pero tú sabes que la... la fe ee... y el saber de  
424 que hay un Dios poderoso, un Dios inmen-  
425 so como dice la Biblia... yo me comuniqué  
426 con el señor, hice pacto (pausa corta) con él,

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 436 – 438.**

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 443 – 496.**

427 me arrodillaba sin saber... sin haber leído la  
 428 Biblia, me arrodillaba, ¡claro! Veía que en la  
 429 iglesia nos arrodillábamos a... a pedir perdón  
 430 y... en... en un... cuando estaba sola, cuando  
 431 mis hijos estaban durmiendo o estaban en el  
 432 colegio yo me arrodillaba y le pedía al señor  
 433 que me quitara ese amor: enfermizo, ese amor  
 434 para yo poderme divorciar, porque no podía  
 435 divorciarme queriéndolo, no podía, no podía  
 436 porque volvía con él siempre, cada vez que él  
 437 me vejaba, me trataba mal con sus estupide-  
 438 ces yo... me ponía deprimida y bueno pensa-  
 439 ba... pero allí, creí en ese Dios y creí que ese  
 440 Dios me quitaría ese amor enfermizo y así lo  
 441 hizo y así pude divorciarme, porque no había  
 442 manera, no había manera... después que...  
 443 (pausa larga). Ee... Mario este... mis... mé-  
 444 dicos: amigos, te estoy hablando de todas...  
 445 médicos de distintas especialidades, antes de  
 446 yo llegar al... a la consulta de los psiquiatras,  
 447 todos me decían: - Que ese hombre a mí me  
 448 había enfermado, que me había dejado enfer-  
 449 ma de los nervios, que... de las crisis por lo  
 450 que... yo les había contado este... y... este  
 451 mis psiquiatras me dijeron lo mismo que...  
 452 ese hombre me había enfermado por lo mal  
 453 que me había... la vida que me había dado  
 454 de... este... yo diría... ¿cómo se llama? cuan-  
 455 do es un hombre... energúmeno que es... él  
 456 quería hasta golpearme, pero yo no lo... no  
 457 lo, no le aceptaba, no le aceptaba, porque le  
 458 mencionaba, le decía: -Cuidado me pegas  
 459 porque se lo digo a mi hermano y mi hermano  
 460 e... te lo ha dicho mil veces que yo no te faltó  
 461 en nada y que si me pones una mano enci-  
 462 ma te la vas a ver con él; y mi hermano fue  
 463 boxeador. Bueno, y entonces él se retractaba  
 464 porque siempre quería caerme a golpes...  
 465 ¿Sabes?, te voy a decir una de las cosas que  
 466 me pedía: que tuviera 12 hijos (pausa media)  
 467 para que yo viviera ocupada y no lo celara y  
 468 no estuviera pendiente de su vida, entonces,  
 469 yo veía eso que no, que no podía ser; que yo

**CATEGORÍA:  
VALORACIÓN PERCEP-  
CIÓN FAMILIAR.  
MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 502 – 516.**

470 no iba a tener 12 hijos porque con 3 hijos ya  
471 yo estaba desesperada, no hallaba cómo...  
472 cómo atenderlos y decía: -¡No... yo no pue-  
473 do! Entonces, allí comenzó Mario a cortarme  
474 todo, a tratarme mal, a encerrarme, a... a no  
475 comprarme comida, a... incluso hubo un día  
476 de que no quiso pagar los servicios públicos  
477 para que yo me... para obligarme, se fue a  
478 casa de mi madre a decirle que yo no le hacía  
479 caso, que no le obedecía porque no le quería  
480 tener otro varón para que mi hijo Ozi jugara  
481 con otro hermanito y yo no... no y no, Mario,  
482 porque ese era un hombre de que no le daba  
483 el... la buena educación a sus hijos, siendo un  
484 educador, no le buscó cupo a sus hijos en nin-  
485 gún colegio, jamás ni nunca pagó un colegio  
486 privado, porque no quiso y... esto... emm...  
487 (pausa larga) en relación a los niños quería  
488 pegarlos de nada, los maltrataba, entonces,  
489 noo... no, yo decía: -No puedo tenerle más...  
490 hijos a este hombre, además de que... ya con  
491 tres era suficiente... tú sabes que ya ahora en  
492 este tiempo, tres es suficiente, entonces bue-  
493 no, allí... allí este... me cerró una vez... las  
494 puertas de adentro de la casa, primero las de  
495 la calle para que no entrara nadie en la casa  
496 como sus hermanos.  
497 Después del divorcio quedé como: anonada-  
498 da, apagada, este... no quería salir, no quería  
499 saber nada de ningún hombre (énfasis): de  
500 nadie, pues, me sometí a ser madre y padre a  
501 la vez... y hubo... una vez que me visitó una  
502 amiga y me dijo: -No puede ser... que tú estés  
503 viviendo así: tan triste, tan... no quieres salir  
504 a la calle... vamos a salir (como propuesta)...  
505 yo trabajo en la calle. Ella trabajaba ven-  
506 diendo cosméticos, perfumes... importados  
507 y ropa importada porque su marido... su ex  
508 marido le pasaba todo por el aeropuerto...  
509 ¿cómo llaman eso?: la aduana (ella misma  
510 responde su pregunta)... ella ganaba mucho  
511 dinero... vendía... todo, vendía... al contado,  
512 vendía por mayor; no vendía a crédito y le



**CATEGORÍA:  
VALORACIÓN PERCEP-  
CIÓN FAMILIAR.  
MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 524 – 526.**

513 iba: ¡muy bien!, entonces, ella con su alegría  
514 y su... su... (pausa corta) empeño de sacar-  
515 me este... me... salí...salí y..., pero siempre  
516 la tristeza por dentro.  
517 La veía a ella tan hermosa...una mujer her-  
518 mosísima (énfasis)...altísima, con un cuer-  
519 po de guitarra y un cabello liso, y una cara  
520 perfecta que parece a Sharon Stone... y yo  
521 decía: -¡Dios mío!, que mujer tan bella decía  
522 yo y...bueno, y...yo salía con ella y creía que  
523 todos los hombres se enamoraban de ella ¿me  
524 entiendes? Y ella me recalaba y ella me de-  
525 cía: -Esta vez, no se fijaron en mí, esta vez...  
526 ese hombre está enamorado de ti.  
527 -Noo... Judi, ¿cómo me van a mirar a mí? Yo  
528 tan chiquitita, tan bajita y tú con tu estatura,  
529 tu cuerpo y tu cabello. No, sí porque tú eres  
530 muy feita me decía ella... tú eres una mucha-  
531 cha linda y bella, Rose, me decía este...bue-  
532 no, una vez estuvimos en el aeropuerto, en  
533 Maiquetía y hubo un mangazo...un buenazo  
534 que... estaba mirándonos... y andaba con el  
535 novio...ella nunca puede estar sola, es tan  
536 hermosa que nunca está sola este... (pausa  
537 corta) estábamos en el aeropuerto y miro al  
538 hombre y le digo: -Judi, qué hombre tan be-  
539 llo- y me dice ella: Y no es nada que te está  
540 mirando es a ti.  
541 - A mí... no, chica.-  
542 -Rose, por favor te está mirando a ti. Vamos a  
543 hacer la prueba para que tú veas.  
544 Y entonces, nos sentamos en un café... tú  
545 sabes que Maiquetía tiene muchos café...nos  
546 sentamos en el café (pausa corta) de abajo por  
547 cierto y...el novio de ella en ese momento,  
548 cuando hablamos... el novio de ella me cela-  
549 ba, o sea, que él decía que de mí nadie se iba a  
550 burlar... porque estaba divorciada. Entonces,  
551 él salió y cuando volvió... él se fijó y me dijo:  
552 -Ese tipo te está mirando mucho, con mucha  
553 insistencia (tono apresurado) y no le vayas a  
554 permitir nada... pero ni un, ni un ¡sí!, ni un  
555 ¡no! Y entonces Judi me dijo... como es una...  
556 Judi es demasiado inteligente, audaz, me dijo:

<p><b>CATEGORÍA:</b>  <b>MÉDICOS.</b>  <b>MARCA-GUÍA:</b>  <b>CUANTÍA DE MÉDICOS.</b>  <b>LÍNEAS 588 – 594.</b></p>	<p>556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598</p>	<p>-Escríbele en un papelito el teléfono de mi hermana Carolina porque el aparatito de ella todavía aún era nuevo...no tenía teléfono y no existía el celular. Este... (ríe) Judi no puedo ser...perdón, perdón, <u>tiraba los papeles con la cita</u> (entre risas) no, no, no, no yo no voy a hacer eso...yo prefiero...  <u>-Pero no seas tan boba, no ves que ese puede ser tu futuro, ese hombre... mira cómo viste, mira el maletín; ese hombre debe estar full de billete...</u> (entre risas y tono de reclamo)-  -No, Judi, yo no puedo hacer eso...total de los totales que el hombre iba para Mérida y nosotros veníamos para Maracaibo y...agarró y antes de irse para el pasillo de Mérida este... se me presentó: Mucho gusto... no me <u>acuerdo cómo se llama</u> (destaca) este... (pau-sa corta) nos vemos, chao...o sea, no me dejó teléfono ni yo se lo pedí que debí habérselo pedido este... porque a lo mejor ese hubiese sido mi felicidad. Entonces....bueno, esa fueron e... e... <u>mis alegrías y por dentro la tristeza; por dentro llevaba la tristeza porque yo no me había abierto a la vida, yo no me había abierto a la vida: estaba muy cerrada</u> (con tono de queja, arrepentimiento) y eso era lo que el doctor V decía: -Que me abriera, que viviera es... así, espontáneamente, que lo que yo sintiera lo hiciera.  <b>C:</b> ¿Qué tiempo transcurre en el momento en que tú te divorcias y acudes por primera vez a una consulta con un médico psiquiatra?  <b>R:</b> Cónchale, bastante yo... mi divorcio lo introduje en el 80 y yo comenzaría con el doctor V como en el... (piensa) haber... como en él, el 7... 2007 comencé con él, el doctor R este...con el doctor V... yo lo vi, yo revisé para traerte el, el... la información. Yo creo que en el 1997... (Busca entre documentos). Ee... yo trataba mucho, Mario, con mi, con mi amigo el... el... cirujano y él me decía que yo había quedado enferma por mi divorcio... por mi matrimonio, (busca entre documentos</p>
---	--	--

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**COMORBILIDAD.**  
**LÍNEAS 615 - 636.**

599 y menciona: Mí, ¿hasta cuándo?... que yo  
600 había... que mi ex marido me había enferma-  
601 do... sí, este es el doctor R, el 2008... ¡Ay,  
602 Dios! (exclama).  
603 Bueno, prácticamente sería (pausa media)  
604 ee... dos mil... ee...mil novecientos... (pau-  
605 sa corta) como en el mil novecientos noventa  
606 y ocho comencé. Voy a buscar los récipes que  
607 los tengo guardados.  
608 **C:** ¿Cuántos años estamos hablando?  
609 **R:** Este... 97 ¿hasta ahora?  
610 **C:** No, ¿cuánto tiempo de tu divorcio hasta la  
611 consulta con el psiquiátrico?  
612 **R:** ¡Ah! Ya, Mario, hay que sacar cuentas...  
613 80 amm...97 como...  
614 **C:** 17 años.  
615 **R:** 17 años. Este... y fue por lo que me pasó...  
616 que me deshidraté y, y...te acuerdas que te  
617 conté que había sido este...una cosa horrible,  
618 horrible... o sea, deshidratada y sin poder ca-  
619 minar... este... pero, lo que te quiero contar  
620 es que hablaba con mi, mi cirujano y mi ciru-  
621 jano me decía: -Rose, acuérdate que tú... ese  
622 hombre te maltrató mucho delante de las per-  
623 sonas y... perdiste a tus amistades por culpa  
624 de él y... eso fueron... eso te llevó a ti a que  
625 se te subiera la tensión incluso, em... emo-  
626 cionalmente- porque yo estaba un día estaba  
627 muy tranquila en mi habitación y de pronto  
628 Mario ee... me empecé a sentir (pausa corta)  
629 mal y... comencé a sentir un calor en la cabe-  
630 za y vine y me vi los brazos todos pintados,  
631 yo dije: -¿Será rubéola?, pero si ya a mí me  
632 dio la rubéola y... me vi las orejas: rojas to-  
633 talmente rojas y, o sea, yo estaba tranquila...  
634 yo no estaba peleando, nadie se había muerto  
635 y consulté con un médico me dijo: -Sufres de  
636 tensión emocional, ¡vas a sufrir!-  
637 ¿Y sabes qué edad tenía?  
638 27 años (pausa corta), 27 años... 2 años... in-  
639 troduje la demanda de divorcio a los 25 años y  
640 estuve con mi amiga 2 años, 2 años del timbo  
641 al tambo y aa... ee... bonchábamos mucho...

642	bonchábamos mucho, bailábamos mucho;
643	<u>más nunca me enamoraba, ni nunca me deja-</u>
644	<u>ba tocar de nadie</u> (resalta) y... hubo una vez
645	que este...(pausa corta) estuve con mi her-
646	mana Judith; también se llama Judith, ya ella
647	está en el cielo ee... mi hermana Judith, ... su
648	empate se llamaba Oscar Parcelo y llevaban
649	una vida de... puro bonche: viernes, sábado
650	y domingo. Viernes: bonche, sábado: bonche
651	y domingo: Caimarechico. Entonces, eso...
652	ella luchó, me contó... me contó que había
653	luchado con Oscar para que me dejara entrar
654	en el grupo, porque todos estaban empatados,
655	la única que no tenía empate era yo: ni mari-
656	do, ni empate. Bueno, y una vez me llevaron
657	al cine con un señor; un muchacho... yo lo
658	llamo muchacho... teníamos... él me llevaba
659	un año, teníamos umm... ya yo tenía 27 años,
660	él 28... íbamos al cine y él era extrover... in-
661	trovertido, yo decía: -Bueno, <u>si no me quiere</u>
662	<u>hablar no importa</u> (con tono de indiferencia)
663	veíamos la película y tal y esto, y Oscar un día
664	me dijo: -Yo quiero que tú te enamores de Nel-
665	son.- Nelson Castellanos es abogado y fue...
666	fue enn... Embajador de Venezuela en Fran-
667	cia; vivía en la Virginia, adinerado... y Oscar
668	quería lo mejor para mí: mi cuñado... e, sol-
669	tero... entonces... hablaba perfectamente, se
670	educó en Francia este... emm...bueno (pausa
671	corta) no... seguimos y nos hicimos amiguitos
672	y bailábamos y bonchábamos y...bonche y
673	bonche y... todo y él echaba broma con los
674	copeyanos porque yo le decía: -Uy, copeyano,
675	<u>yo soy adeca</u> (risas) andaba detrás de Calvani
676	y entonces... él me decía tantas cosas y yo
677	le decía: -Nelson, cuando... habían bonches
678	en esa casa; en casa de los Sicilianos, de los
679	italianos... habían dos bonches: uno, el de no-
680	sotros en una discoteca que... era del mayor:
681	Higinio... Higinio agarró y nos encerraba en
682	ese salón... a nosotros y... sus hermanos: el
683	abogado y el que estudiaba medicina (pau-
684	sa corta) para la sala, o sea, Oscar decía: -El

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 700 - 723.**

685 perraje para la sala- todos los abogados y to-  
686 dos los médicos para la sala y nosotros allí.  
687 El que lograba entrar, el colado... Oscar ya,  
688 (pausa media) ponía el caron, y yo le decía a  
689 Nelson cuando me sacaran a bailar... que soy  
690 la que está disponible: Me abrazas, por favor  
691 (énfasis). Le tenía confianza porque él no era  
692 atacón (risa)...entonces, así lo hacía y para  
693 ellos yo era... yo era novia de Nelson, pero  
694 como que se fijaban por la puerta que tenía  
695 vidrio: mitad de vidrio y mitad de madera...  
696 como que se fijaban ¿no?... no se la comieron  
697 y... llegaban y me sacaban a bailar. Y hubo  
698 una vez un juez que era bastante respetuoso y  
699 salí a bailar con él, ¿okey?, todo bien... allí  
700 comencé a ser Rose otra vez, allí comencé a  
701 ser la pava, la moderna, la que bailaba pura  
702 música moderna, la que estaba detrás del...  
703 de la mejor salsa: que salía Willi Colón...  
704 cuando eso salió Rubén Blei y Willi Colón y  
705 eso era: baila, y baile, y baile y baile. Y cuan-  
706 do queríamos bailar bolero, e... bailábamos a  
707 José Luis cuando sacó aquella canción de...  
708 del arlequín. Bueno, apareció en mi vida el...  
709 el estudiante de medicina que ahora es: doctor  
710 y el presidente de COPEI: el doctor Rogelio  
711 Boscan y... (pausa corta): me transformó la  
712 vida (suspira, con tono suave, manifiesta de-  
713 leite) (pausa corta) comenzó a enamorarme y  
714 yo sabía que era casado y lo (pausa media)  
715 patié (tono de voz determinante, firme) lo pa-  
716 tié; o sea, nos conocimos y como que me vio  
717 en la mirada que me enamoré de él y cuando  
718 entramos en el salón la esposa de Higinio me  
719 dijo: -Es casado y ahí está la esposa. Cuando  
720 la vi... gorda (con tono despectivo) ... dije  
721 no, ¡lo odio! Cómo es posible que un hombre  
722 tan bello, tan agradable, tan relindo (énfasis)  
723 porque... qué físico ¡Dios santo!  
724 Esté empatado, esté casado con esa gorda...  
725 noo... lo odio, a mí ni que me mire, que ni  
726 me mire. Entonces... este... porque yo pen-  
727 saba, o sea, la esposa y la amante ¿verdad?...

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 756 - 758.**

728 lo lógico... entonces, él se metía en el salón  
729 y Oscar: mi cuñado lo sacaba. -Tú te sales de  
730 aquí porque todos ellos estudiaron en los Ma-  
731 ristas, tú te sales de aquí porque estos grupo  
732 es de nosotros y Rose no e... e... está sola,  
733 está conmigo y tú eres un hombre casado y  
734 no la vas a perjudicar... tú no la vas a hacer  
735 sufrir... fú... y se salía (destaca).  
736 Como a lo que se... pasaban de tragos o pen-  
737 saba él que a Oscar se le pasaba la cuestión,  
738 se le olvidaba: se volvía a meter, entonces, se  
739 quedaba hablando con Nelson que habían es-  
740 tudiado su bachillerato juntos... y hablaban,  
741 y hablaban, y hablaban, y hablaban; y yo me  
742 ponía a hablar con los esposos de... de las  
743 muchachas pues. Me ponía a bailar con Oscar  
744 y nos poníamos a cantar y... él, Rogelio (pau-  
745 sa media) siempre... ya cuando (pausa corta)  
746 no... de verdad, no lo dejaban entrar se afe-  
747 rró... agarró a Judi: a mi amiga. Agarró y co-  
748 menzó... él, el mejor amigo de él se enamoró  
749 de Judi: de mi amiga y... y él, se agarró de  
750 Judi... y Judi, tengo que hablar contigo y se  
751 iba para el apartamento de Judi a conversar...  
752 por favor, sácame una cita con Rose, yo quie-  
753 ro hablar con ella, tan solo conversar con ella  
754 este... sácala y... y... que nadie se dé cuenta  
755 yy... vamos para una fuente de soda a conver-  
756 sar... y bueno... le dije a Judi: -No, no y no.  
757 Ese hombre a mí me gusta demasiado y yo sé  
758 que me voy a volver loca por él; ¡no!  
759 Entonces Judi me dijo: -Pero habla con él  
760 porque me tiene al borde, Rose... me tiene  
761 al borde.  
762 -No quiero más a ese pegoste molestándome... pero Judi, hazlo por mí, dile que no  
763 quiero hablar más con él... entonces, era así,  
764 íbamos para la casa de los Sicilianos y él iba  
765 y se metía en el salón y lo sacábamos... y  
766 entonces... hubo una vez que Judi se me puso  
767 brava, y yo la respeto mucho... se me puso  
768 brava y me dijo...(pausa corta) ahí cambió mi  
769 vida... ahí cambió mi vida... me dijo: -Este...

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 776 - 814.**

771 Este... no te aguanto más, no te acepto más  
772 que me digas que no. Vas a hablar con él por-  
773 que sí... porque yo quiero, porque... me vas  
774 a complacer a mí, me vas a ayudar a mí... ese  
775 hombre me tiene al borde de la locura.  
776 Okey, Judi, le dije... dile que ponga el día y  
777 dónde... y así fue. Nos fuimos para una fuen-  
778 te de soda y Judi me dejó con él y yo sentí:  
779 pánico... empecé a temblar, él comprendió de  
780 que yo era una niña... él comprendió de que  
781 era una niña y le dije que... yo no había tenido  
782 contacto con ningún hombre... (tono de voz  
783 pausado y algo temeroso) solamente mi ma-  
784 rido y que... comprendiera que... que él era  
785 casado y que yo no quería nada con él, pero  
786 no... él me habló... me habló como todo...  
787 ya él venía de... en la política... y tú sabes  
788 que el político maneja muy bien ¿verdad?...el  
789 habla... comenzó y me convenció, y me con-  
790 convenció y me conven... (tono de voz pausado)  
791 y... bueno... y aquel cariño y le dije: -Bueno,  
792 ¡okey!... ¡okey!, vamos a conocernos. Porque  
793 siempre trataba de darme la cola, de llevar-  
794 nos para la casa cuando mi hermano no nos  
795 prestaba el carro... él nos llevaba para la casa  
796 y... bueno, cuando nos reunimos: me empaté  
797 con él... al sentir su contacto: me hice novia  
798 de él y me enamoré (pausa media) tan loca-  
799 mente, tan locamente que nunca lo he olvida-  
800 do: nunca... nunca jamás, jamás lo olvidé...  
801 nunca, porque fueron 2 años (pausa media)  
802 o más... tuvimos más de 2 años de noviaz-  
803 go yy... este... nos veíamos en la calle, nos  
804 veíamos en casa de mi hermana... de casa de  
805 Judi, de los Sicilianos. En mi casa no, porque  
806 mamá no lo dejaba entrar en mi casa... en mi  
807 casa no se podían hacer los bonches porque...  
808 entonces, los bonches siguieron igual este...  
809 viernes y sábado bonche, pero yo no lo veía  
810 a él los domingos, porque los domingos los  
811 dejaba para estudiar... se graduó (pausa cor-  
812 ta) y se despidió de mí porque tenía que hacer  
813 la rural, se fue para la Cañada y se llevó a

**CATEGORÍA:  
ENFERMEDAD.  
MARCA-GUÍA:  
CARÁCTER EXTERNO  
Y MULTIVARIABLE.  
LÍNEAS 815 – 896.**

814 su flamante esposa y... bueno, terminamos  
815 allí y... tuve 2 años, Mario, llorando... 2 años  
816 que yo no tuve vida: 2 años sin salir, 2 años  
817 llorando, en... esperando la prensa que mis  
818 amigas me la tiraran... mis amigas pasaban y  
819 me tiraban la prensa en... en la grama donde  
820 salía (pausa media). Cada vez que él salía en  
821 la prensa me... me la guardaban o me tiraban  
822 la prensa o me llevaban el recorte y bueno...  
823 yo siempre: lloré muchísimo... muchísimo  
824 por ese hombre. Me sentí... no... no me sentí  
825 nerviosa... depresiva, depresiva, pues lloré  
826 muchísimo... y, cuando caí en la depresión:  
827 en mi enfermedad no... (pausa corta) lo re-  
828 cordaba a él solamente y lloraba por él sola-  
829 mente... cuando eso... ya eso tenía 37 años  
830 (pausa corta) porque fui operada a los 37 años  
831 cuando caí en esto que tú me estás... me es-  
832 tás estudiando ¿ves? Ee... que mis médicos  
833 me hablaban de mis nervios y yo... no les  
834 creía porque eran cirujanos y no les creía que  
835 ellos me estaban diciendo la verdad y bueno,  
836 este... nunca lo olvidé, nunca lo olvidé este...  
837 porque él tuvo mucha culpa también... de que  
838 yo no lo olvidara. Cada vez que me veía por  
839 la calle me paraba y se me quedaba mirando  
840 entonces, le decía a las demás personas: yo la  
841 quiero mucho... a todo el mundo... entonces,  
842 esas personas me lo decían a mí, entonces me  
843 fomentaban ese amor, me... seguía vivo allí,  
844 seguía viva el árbol, seguía vivo con hijas  
845 verdes, con flores este... lo veía en todas par-  
846 tes y yo me cohibía, me cohibía... nunca más  
847 tuvimos relaciones, Mario, nunca más... nun-  
848 ca más. Una vez me lo conseguí en una disco  
849 y... me hice la que no lo había visto y él, ha-  
850 blaba duro para que yo lo... lo escuchara, lo  
851 viera... y me hice la desentendida porque...  
852 yo andaba con un grupo y... una pareja y, yo  
853 no quería (tono pausado)... (pausa corta) yo  
854 no quería ¿me entiendes?... que la otra per-  
855 sona me viera el amor que yo tenía hacia ese  
856 hombre y... en... las terapias mi médico me



857	dijo que lo buscara y que le dijera lo que yo
858	sentía. Lo busqué y le dije lo que yo sentía y
859	me lo aceptó, me lo aceptó y le dije que de la
860	única manera que yo volvería a ser feliz era
861	estando con él y me dijo que sí..., me dijo
862	que sí este... pero yo estaba con Marcelo, yo
863	estaba con Marcelo y él es amigo de Marce-
864	lo...entonces, yo cada vez que lo llamaba o
865	lo vipiaba: me llamaba... estaba loco, estaba
866	desesperado... desesperado por... por con-
867	versar conmigo... no me cortaba y hablaba
868	conmigo (pausa corta) estando con su mujer.
869	Ya... ya... estaba a punto de divorciarse... él
870	se divorció... bueno, y cuando se divorció: no
871	me lo comunicó, no me lo dijo. Sería para no
872	darme esperanzas o para que yo no me ilu-
873	sionara más ee... porque ya tenía quizás todo
874	planificado... entonces, una vez me dijo que:
875	-Rose, yo no puedo volver contigo... yo no
876	puedo hacerle esto a Marcelo. Esas fueron sus
877	palabras textuales ee... él es mi amigo y yo
878	no puedo hacer eso, nosotros dos no podemos
879	(pausa media) seguir... yo te quiero mucho...
880	entonces, yo le agarré las manos... estábamos
881	en MC Donals recuerdo que me dejaron ahí
882	mis hijas y él andaba con el guardaespaldas.
883	Este... yo le agarré las manos y él me las
884	apretó: me correspondió, entonces, yo le dije:
885	-Okey, no hay problema. Pero parecía que me
886	habían matado (pausa media)... no podía ha-
887	blar. Bueno, nos montamos en el carro... él se
888	montó en la parte delante y yo en la parte de-
889	trás... por la parte de atrás le agarré la mano:
890	me la apretó y me despedí de él hasta el día de
891	hoy. Claro, sí hablo con él por teléfono y sí,
892	le he pasado muchos mensajes, pero... ¡no!...
893	nada... él dice que yo estoy con Marcelo y
894	él no puede hacer eso. Que... los recuerdos
895	siguen... que siguen latentes, que me quiere
896	mu... que me quiere igual, pero que no puede
896	ser... ¡okey!, <u>allí morí otra vez.</u>
898	<b>C:</b> Hasta ahora me has contado lo que ha sido
899	hasta antes de que entraras en tu enfermedad.

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 904 - 906.**

900 Quisiera que me hablaras de cuál ha sido la  
901 valoración que tú tienes de ti misma después  
902 que has estado sometida a un tratamiento psi-  
903 quiátrico.  
904 **R:** Después del tratamiento (pausa corta) psi-  
905 quiátrico este... me he sentido... o sea, el au-  
906 toestima me (pausa corta) se elevó... se elevó  
907 porque el médico ee... comenzó a indagar  
908 sobre mi vida y mis hijos le hablaron y Mar-  
909 celo. Entonces, él me habló...tan bello y...  
910 me dijo las verdades. Este... me dijo: -Señora  
911 Rose, ¿cómo es posible que usted esté así? Yo  
912 sé que usted tiene ahorita una infección en el  
913 estómago y el estómago lee... altera los ner-  
914 vios. Eso...está... muy... bien, pero vamos  
915 a hablar de su depresión... de su autoestima.  
916 Sus hijos me acaban de decir que usted es  
917 excelente madre con...comprensiva, este...  
918 cariñosa, una madre que... que hasta juega  
919 con ellos; una madre que ha sido (pausa corta)  
920 como hermana, como... como amiga y no...  
921 como madre, porque yo no he sido como una  
922 vieja para ellos: como una madre. ¡No!, todo  
923 lo contrario, Mario: ee... pura risa, pura chis-  
924 te,...hasta nos criticamos yy... bueno, cuando  
925 se... se me... me critican muy, muy fuertes:  
926 se lo reclamo. Sobre todo a mi hija Adriana.  
927 Este... (pausa media) allí, con las terapias  
928 del doctor V... es... mi autoestima... subió  
929 porque... me dijo que... era muy intelligen-  
930 te (tono pausado) que (pausa corta) que...me  
931 recordara que yo tenía que salir de esta en-  
932 fermedad yy... que... no era que... yo tenía  
933 muchas... muchos méritos me dijo, este...  
934 hay otra palabra, no recuerdo este... (pausa  
935 corta) eso: que valía mucho, que era muy in-  
936 teligente, que... era muy cariñosa, que... me  
937 sabía dar mi puesto, que umm... de todo, de  
938 todo, de todo; de todo. No me mencionaba  
939 este... como me mencionó el otro este... que  
940 cambiara de pareja porque se hizo muy amigo  
941 de Marcelo... muy, muy, muy: amigos. E... él  
942 me decía que yo maltrataba mucho a Marcelo

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PERSONAS SABIAS.**  
**LÍNEAS 956 – 961.**

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO Y MULTIVARIABLE.**  
**LÍNEAS 961 – 967.**

**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**PERSONAS SABIAS.**  
**LÍNEAS 975 – 980.**

943 y yo le decía al doctor: - Ay doctor, ¿usted no  
 944 ve como me trata él a mí? Y yo no me pue-  
 945 do dar el lujo de que otro hombre me venga  
 946 a dominar y...aa... hablar, a tratar como...  
 947 me... trató el... el primero. Noo... no lo voy a  
 948 permitir, no lo voy a permitir porque ya ahora  
 949 sí soy una mujer, antes era una niña (pausa  
 950 corta) ea... e... lo de niña pasó cuando conocí  
 951 a mí a mi amiga Judi Puente, yo dejé de ser  
 952 niña allí porque... vivíamos en un solo cen-  
 953 tro comercial, salíamos de aquí para allá, de  
 954 allá para acá y... este... llegábamos cansadas  
 955 al apartamento ee... de tanto trabajo... más  
 956 yo no trabajaba, sino que la acompañaba y a  
 957 ella le gustaba que yo... la acompañara (pau-  
 958 sa corta) y... ella me hablaba muy bello, me  
 959 decía que... este... que no podía ser, que yo  
 960 no podía quedarme allí: encerrada en el su-  
 961 frimiento que había pasado. Eso son... malos  
 962 tratos, Mario, porque fueron malos tratos en  
 963 público... malos tratos con sus... colegas.

964 **C:** ¿De quién?

965 **R:** De mi... marido, de ee... Nerio. Este... las  
 966 esposas me dijeron que no me iban a visitar  
 967 más. Igual, o sea, igual lo hicieron las que  
 968 estudiaron conmigo bachillerato... este... te  
 969 queremos mucho (pausa media) todas indivi-  
 970 dualmente (destaca) te quiero mucho, Rose,  
 971 pero yo no te voy a visitar más porque va a  
 972 pasar de que yo le voy a dar una cachetada  
 973 a tu maridito cuando te trate mal delante de  
 974 nosotras, o sea, una por una me fue diciendo  
 975 esas cosas. Yo, allí... lo único que me salvó  
 976 fueron mis cuñadas que... son muchas y...  
 977 alegres, entonces conversaba con ellas, echa-  
 978 ba bromas con ellas, fumaba con ellas...co-  
 979 piábamos canciones... en esos tiempos figú-  
 980 rate: en los 70 ee...

981 **C:** Sí, pero... quiero que volvamos a tratar de  
 982 la autoestima hoy en día.

983 **R:** Aa...

984 **C:** Hoy en día, ¿cómo te sientes?, ¿cómo te  
 985 ves?... ¿cómo te ves tú ante un espejo?

<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 986 – 1000.</b>	986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000	<b>R:</b> Bueno, cuando... las personas me dicen que soy una enferma mental como me lo dice Marcelo, le... yo le contesté inmediatamente: -Estoy enferma mental, porque tú me hiciste así... porque mi internista que es amiga de él, no mía... que ahora sí es amiga mía: la doctora Ca ee... pasando tantas cosas en los años... antes de los... antes del 2000 emm... que yo iba a su consulta, ella me decía que yo no contaba las cosas que me estaban sucediendo, me decía que Macelo... mira Rose, hazlo con tiempo... te va a enfermar, te van a dar crisis si tú no dejas a Marcelo. Es mi amigo, lo quiero mucho...pero (suena un teléfono) te va a enfermar...
<b>CATEGORÍA:</b> <b>MÉDICOS.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PROFESIONALISMO.</b> <b>LÍNEAS 1001 –1016.</b>	1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015	Y ahora... ahora, pasando ya las terapias del doctor V e... que me enseñó a vivir... él, me valorizó y me enseñó a vivir. Estee... el consejo más valioso que me dio fue: -Sra. Rose ¿usted no sabe que las palabras se las lleva el viento? Cuando a usted la ofendan, si quiere gritar: grítelos, si la está gritan... o sea, me dijo: -Si la gritan, grite para que esa sangre no suba a la cabeza...no se le suba la tensión y...de allí, se olvida de todo y...se acuerda de estas palabras: “que las palabras se las lleva el viento.” Eso me enseñó mucho... hasta hoy Mario me creo ee... me creo este...indestructible... ellos me hicieron así... los dos: el doctor V y el doctor R; el doctor R me dijo que... que... (Pausa media). Tengo que llamarlo, Mario, para que... la entrevista sepas el diagnóstico que ellos me dieron este... el doctor R me dijo que era que yo sufría de altos y bajos. No puedo sufrir emociones altas porque caigo en crisis y no puedo sufrir las bajas; no entiendo mucho las bajas, Mario... las bajas deben ser: los sufrimientos...las tristezas y las altas: los insultos y las malas noticias o las malas noticias caen en las bajas...algo así, pero él sabrá... yo le voy a preguntar. Hoy lo llamo... hoy lo llamaré, me voy a comunicar con él a como dé lugar; si
<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 1016 – 1026.</b>	1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028	

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 1036 - 1060.**

1029 es que está aquí en Venezuela, porque... tú  
1030 sabes que hace muchos congresos; no se... he  
1031 perdido contacto con él. Este... Mario, tú me  
1032 ves... no sé, te pregunto: ¿Cómo me ves?...  
1033 Yo me siento alegre...  
1034 C: Eso es lo que interesa. ¿Cómo te sientes  
1035 tú?  
1036 R: Sí, em... me siento alegre, este... con ganas  
1037 de volver a ser lo de antes como todos  
1037 me... me aconsejaron que vuelva a ser la  
1038 mujer de antes este... ya estoy planificando  
1039 reunirnos en... la casa o en otras casas para  
1040 conversar, bailar, cantar... ummm... hasta  
1041 con los músicos: mis primos este... si no  
1042 hay músicos no importa e... está el equipo  
1043 para bailar, pero que todos estemos en...  
1044 aa... amistad entrañables y familia. Es muy  
1045 importante la familia, es más importante...  
1046 claro, la familia aunque hay amigos que se  
1047 quieren como familia ¿verdad? (ríe) yo soy  
1048 así: soy muy querendona. Este... ee... y me  
1049 siento bastante... optimista, quiero... quiero  
1050 hacer algo, Mario, yy... y le digo a Marcelo  
1051 que me busque para hacer un... vender algo,  
1052 montar un negocio en la casa, alquilar... la  
1053 sala de mi casa no se usa para nada porque  
1054 entramos por la parte de la cocina y nunca...  
1055 nunca entramos en la sala, entonces... mi primo  
1056 me sugirió que... cerrara eso y alquilara  
1057 la sala para una peluquería ¿ves? No sé... no  
1058 se... una pequeña buti, hasta vender... quiero  
1059 hacer umm... poner un aviso en la casa: se  
1060 venden quesillos por pedido y por porciones  
1061 (en tono inquietante) que... tú sabes que... mi  
1062 marido es el rey del quesillo y... incluso, te  
1063 tengo allá los dos potes de leche condensada  
1064 y le dije (ríe)... lo que pasa es que anoche se  
1065 emborrachó y sii... pero mañana te lo traigo.  
1066 Tengo allá la leche condensada y le dije: -Me  
1067 vas a hacer el quesillo, pero como me gusta  
1068 a mí para que ellos disfruten de un especial  
1069 quesillo, porque para la venta él le da un toque  
1070 muy, muy... este... durito, que el cliente



**MARCA-GUÍA:  
ENMASCARAMIENTO.  
LÍNEAS 1154- 1156.**

1124 profesionales. No es que me la quiera dar  
1125 de... de... de echona, de mucho, pero sí... me  
1126 encanta arrimarme al buen árbol, me encanta  
1127 porque... ¡el buen árbol da buenos frutos!,  
1128 así me decía mi padre: cuando te vayas a...  
1129 a arrimar, a buscar una amistad, búscala que  
1130 te realce, no que te rebaje, que te enseñen. Y  
1131 bueno, Mario, ee... sí, vamos a decir que...  
1132 hablando de esto es... como no pude llevar...  
1133 estudiar mi profesión que era tan buena en  
1134 contabilidad, no pude estudiar la contaduría,  
1135 me castigué mucho, pero era que no podía es-  
1136 tar sentada en un pupitre, no podía... figúrate  
1137 que yo trabajaba en el banco y me les per-  
1138 día y cuando no me conseguían: ¿Dónde está  
1139 Rose?, ¿dónde está Rose? ¿Por qué no está  
1140 en su puesto?...llorando en el baño del dolor,  
1141 entonces el jefe de personal peleaba con mi  
1142 hermano que trabajaba conmigo: -¿Cómo tú  
1143 dejas que Rose venga a trabajar así?  
1144 -Pero es que yo no sé, decía él...porque ella...  
1145 yo no vivo con ella, yo soy casado.  
1146 Bueno, eso... eso me puso muy mal Mario,  
1147 yo rebajé 10 kilos allí: me puse delgada, muy  
1149 delgadita yy... porque... no see... sería el  
1150 sangramiento, la enfermedad, los calmantes  
1151 que... no quería alimentarme ¿me entiendes?,  
1152 porque le tenía miedo ir al baño este... allí  
1153 emperezaron mis temores... mis temores,  
1154 **ahora no los tengo...soy una... que hasta el**  
1155 **nombre me he cambiado, me encanta que**  
1156 **me llamen Rose, porque me encanta el in-**  
1157 **glés,** porque me encantan los Estados Unidos,  
1158 quisiera vivir en los Estados Unidos este... y  
1159 no, no fui para... para los Estados Unidos por  
1160 no ser otra vez esclava de mi marido, porque  
1161 cuando regresamos de Inglaterra, Carlos An-  
1164 drés Pérez, que es su amigo le...le enviaba la  
1165 beca para los Estados Unidos, pero él quería  
1166 que yo lo acompañara y yo no lo quería acom-  
1167 pañar. ¿Por qué? Por lo que me hizo en Ingla-  
1168 terra, por lo que me hizo no lo quise acompa-  
1169 ñar... yo... él hubiese tenido más postgrados

**MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 1174 - 1182.**

1170 este... yo hubiese vivido más tiempo fuera  
1171 de aquí este... quizás hubiese aprendido a ha-  
1172 blar el inglés porque tengo base... tú sabes  
1173 que nosotros vemos aquí el inglés 5 años: en  
1174 Bachillerato y...bueno Mario y para lante...  
1175 por eso acepté esto para...para que... las  
1176 personas escuchen esto y vean que sí... que  
1177 sí se puede cambiar. Sii... una... nació como  
1178 dice la biblia: uno nació sana y fuerte, hijo de  
1179 Dios... hecho... dice el salmo, el salmo creo  
1180 que 51 dice: que esta... fuimos hecho de la  
1181 ma... con la mano de Dios en el vientre de  
1182 nuestra madre, dice un versículo y si... naci-  
1183 mos sanos este... ¿por qué estar enfermos?.  
1184 No acepto Mario la enfermedad, quiero que  
1185 me ayuden ustedes, no acepto la enfermedad,  
1186 no quiero tomar más los medicamentos... no  
1187 quiero. Quiero ser otra vez alegre, quiero ser  
1188 otra vez emprendedora, este...quiero que...  
1189 ya mejorado mucho mi hijo, ya casi me res-  
1190 peta, ya no me insulta... a veces, a veces me  
1191 dice loca pero porque... por decirme algo  
1192 que... cuando está mal... mal humorado por-  
1193 que él también tiene... ha estado jugando pe-  
1194 lota, ha estado muy lesionado y tiene muchas  
1195 dolencias en... en... la parte del brazo iz-  
1196 quierdo tiene una lesión: una bursitis este...  
1197 y a veces que... sufre de gastritis y yo... no  
1198 le hago caso cuando me dicen que estoy...  
1199 que estoy loca (su tono denota indiferencia)  
1200 no le hago caso. A veces le recalco, cuando  
1201 está tranquilo le digo: -No me estés faltando  
1202 el respeto que no me gusta porque yo lo crié a  
1203 usted para que me respetaran no para que me  
1204 estuvieran faltando el respeto porque me da  
1205 vergüenza que la gente vea cómo ustedes me  
1206 tratan no... no... se los voy a permitir nunca,  
1207 nunca porque yo fui criada así de esa forma  
1208 y...este... con las hembras este... ahí sí, ahí  
1209 sí hay gritos, ahí sí hay gritos, Mario, porque  
1210 no permito que me falten el respeto.  
1211 **C:** Bueno, vamos a finalizar aquí.



SESIÓN DE ENTREVISTA: 6. CATEGORÍA: VALORACIÓN PERCEPCIÓN FAMILIAR.		
RELATORA (R): ROSE.		CORRELATOR (C): MARIO GONZÁLEZ.
CATEGORÍAS	LÍNEAS	ENTREVISTA
	1	C: ¡Hola, Rose!
	2	En la sesión pasada nosotros estábamos ha-
	3	blando de cuál era la percepción que tú tenías
	4	de ti misma y de la situación que tú estabas
	5	atravesando con respecto a tu enfermedad.
	6	En este momento yo quisiera que habláramos
	7	de cuál es la percepción que tú sientes que tie-
	8	nen tu familia sobre ti, por ejemplo. ¿Cómo te
	9	ven? o ¿cómo sientes tú que te ven tu actual
	10	pareja, tus hijos, tus yernos, tus amigos, tus
	11	amigas?
	12	R: Parece que me valoran este... como una
	13	gran madre porque se lo dijeron a mi primer
	14	psiquiatra, al doctor V. ¿Ves? Este... parece
	15	que creen que... yo soy este... inteligente,
	16	que yo soy emprendedora, muy trabajadora
	17	y se preocupan mucho cuando trabajo mucho
	18	este... de el... de el varón este... consigo mu-
	19	cho apoyo (pausa corta) con respecto a Marce-
	20	lo... que Marcelo se emborracha mucho, que
	21	Marcelo fuma tabaco y me molesta mucho
	22	para la alergia de la nariz y... y no sólo para
	23	la alergia de la nariz, me dan náuseas emm...
	24	este... dice que yo soy muy joven: mi espíritu
	25	para Marcelo <u>que... no está de acuerdo con...</u>
	26	<u>que..., o sea, que Marcelo esté conmigo por-</u>
	27	<u>que yo soy muy joven</u> (tono de voz pausado)
	28	y que sus amigos incluso se lo dicen. Cuando
	29	me ven en el estadio que lo voy a ver jugar o
	30	que estamos en una reunión y hay amigos de
	31	él... se lo dicen :- <u>Dile a tu mamá que... que</u>
	32	<u>si no se ha fijado que ella es tan bonita, que...</u>
	33	<u>se viste tan bien, que es tan joven para ese</u>
	34	<u>hombre</u> (tono de voz pausado) dile a tu mamá
	35	que ella es muy joven para ese hombre, que
	36	ella puede aspirar otro hombre más joven: de
	37	su edad este... umm...ese hombre con esa
	38	borrachera y ese tabaco, no le da pena andar
MARCA-GUÍA: PERSONAS SABIAS. LÍNEAS 12 – 19.		
MARCA-GUÍA: ESTIGMA. LÍNEAS 19 – 23.		
CATEGORÍA: VALORACIÓN DE SÍ MISMA. MARCA-GUÍA: ACTITUD POSITIVA. LÍNEAS 26 – 40.		
MARCA-GUÍA: PERSONAS SABIAS. LÍNEAS 31 – 40.		

39	con él... ya ves cómo se viste ¿me entiendes?
40	A Ozi... le daa... como vergüenza.
41	<b>C:</b> ¿Quién es Ozi?
42	<b>R:</b> Mi hijo... se llama José Luis, pero yo lo
43	llamo Ozi. Este...
44	<b>C:</b> Pero, ¿cómo te ven ellos específicamente
45	con el problema de tu enfermedad?
46	<b>R:</b> Con el problema de mi enfermedad ee...
47	no sé, cómo lo tomará él: no sé, tendría que
48	preguntarle y decírtelo otro día; no sé. De las
49	hembras sí, pero yo no sé si él (pausa media)
50	ee... él... teme de que yo... ee... como dice
51	el doctor R ... caiga en crisis emm... altas o
52	en crisis bajas, no sé, lo cierto es que con su
53	problema que tuvo con su matrimonio este...
54	le dijo a Natalí ... fíjate que sí me toma en
55	cuenta y fíjate que sí umm... hay algo allí...
56	sentimental que le dijo a Natalí que lo perdo-
57	nara, que no soportaba más el trato que yo le
58	daba, la indiferencia que yo... hacia él, que
59	no lo tomaba en cuenta para nada y no lo tra-
60	taba para nada y no lo atendía para nada, cla-
61	ro, sí... en... en las comidas, claro, sí.. en los
62	almuerzos más que todo... sí, pero... o sea,
63	tratado (pausa corta), este...servido y ya... y
64	más, sin más hablar.
65	-Bendición, mami-
66	-El señor Jesús te bendiga... ¡ya! No lo trataba
67	para nada, ni Ozi vamos a hacer esto, ven para
68	acá para que... nos vamos a reunir... ¡no!,
69	nada. Él... sí, lo trato con cariño sí, claro que
70	sí, pero en el momento en que... en que tenía
71	la otra mujer y le decía cosas a... a su esposa:
72	que se fuera de la casa. Yo...ee... mmm, o
73	sea, <u>no podía tratarlo bien; no podía</u> (énfa-
74	sis) tampoco (pausa media) lo que hacía era
75	que me callaba la boca: buscaba el silencio,
76	entonces eso a él le pareció malo porque...
77	no lo regañaba como hago con las hembras. A
78	las hembras sí (pausa corta) me les impongo,
79	pero a él no, hasta... sí... hubo una que me
80	le impuse porque me reclamó: -Mami, no le
81	estés pasando mensajes a Natalí: a su esposa,

<b>CATEGORÍA:</b> <b>VALORACIÓN DE SÍ MISMA.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>ACTITUD POSITIVA.</b> <b>LÍNEAS 83 – 87.</b>	82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124	<p>si yo salgo o estoy a cualquier hora- y le dije: -Yo soy yo, tengo... tengo mi criterio y puedo hacer con...migo lo que a mí me da la gana y, esta es mi casa, puedo hacer lo que yo quiera así que...(pausa corta) y a Natalí la defenderé hasta la muerte, le dije.</p> <p><b>C:</b> ¿Natalí es tu yerna?</p> <p><b>R:</b> Mi yerna, sí... es como mi hija porque esa era la que me abrazaba cuando yo estaba... estaba que no podía caminar y lloraba y lloraba y era la que me secaba las lágrimas, la que me abrazaba: ¡ella! Mis hijas se ponían amarillas del susto (pausa corta) cuando me veían en crisis. Adriana era una de que cuando yo estaba...</p> <p><b>C:</b> Adriana, ¿es una de tus hijas?</p> <p><b>R:</b> Adriana es la mayor: la esposa de Javier... que... me hospitalizaron allá en su casa con... el tratamiento, el último tratamiento del doctor R, ee... Javier, entraba y me decía: -¿Cómo amaneciste, Rose? – Mal, Javier, estoy grave y... se iba a trabajar...emm... porque casi no dormía. Adriana cuando me iba a servir el desayuno, me decía: -Mami, ¿cómo amaneciste? -¡Horrible! le decía yo, ¡horrible! me voy a morir Adriana y salía corriendo, me dejaba el desayuno y salía corriendo (pausa mediana).</p> <p>Yo... este... ella nunca me hizo compañía en... en la habitación: jamás... jamás. Arian, mi nieta y Alejandro, mi nieto y... y Javier, pero ella jamás. Pues, yo no podía irme para donde estaba ella con sus amigas y cuando... ella tiene una costumbre que de noche se pone a conversar con Javier y yo siempre cuando estoy allá, participo de esa conversación ¿no? y... no podía por el mareo, el mareo era muy fuerte; tanto era que yo decía: -Dios mío, ¿tendré laberintitis?, ¿por qué me voy de lado?</p> <p>Bueno, este...esos... esos días, ella sufrió mucho, me contaron, que cada vez que yo decía eso... su amiga Margaret decía que... -Mami se va a morir, mami se me está muriendo y...</p>
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>PERSONAS SABIAS.</b> <b>LÍNEAS 89 – 93.</b>		
<b>MARCA-GUÍA:</b> <b>ESTIGMA.</b> <b>LÍNEAS 106 – 116.</b>		

<b>CATEGORÍA:</b> <b>ENFERMEDAD.</b> <b>MARCA-GUÍA:</b> <b>CARÁCTER EXTERNO</b> <b>Y MULTIVARIABLE.</b> <b>LÍNEAS 130 – 150.</b>	125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167	se va a morir, mami se me está muriendo y... y estoy asustada (pausa corta) o sea, eso, se lo comprendí, se lo comprendí y... cuando... ee... legó esas... ya, yo creo que no me van a... a acusar más con todo lo que les he dicho, porque me acusaban... era algo, como que si era demoniaco, como que si el demonio ee... ee... este intervenía las mentes, manejaba las mentes porque me decían las cosas como para que yo me alterara, entonces... sucedió de que le pedí al señor que me buscara la persona que me sanara, que me iba a dar vida, que si no me iba a dar el milagro este... directo, que tú sabes que el milagro directo lo hay: que es cuando el señor sana sin... sin médico, sin nadie ¿verdad?, cuando dicen: -No..., que fu- lanita se le desapareció la tuberculosis, como la artista esta que se le desapareció la tubercu- losis... que... porque las placas no aparecen tuberculosis, no aparecen cicatrices, porque yo oí el testimonio de ella, este... ese es un milagro... como me dijo el pastor: el milagro directo, este... hay el milagro por el médico, porque él hizo el médico y la medicina, en- tonces, si no me va a sanar directamente el señor (pausa corta) llévame para la consulta de un médico, que me sane porque... no sé qué pasa con el doctor V, no sé, nada...que yo no le hacía caso al doctor V, no me tomaba el medicamento como él me decía, yo fui la culpable...esto... y, le recomendaron a Mar- celo al doctor R... me llevaron, o sea, me... antes de irse para Suiza a hacer un congreso me metieron en una consulta que no fue... no iba la persona y me vio, me vio... cuando me vio este... lo que hizo fue... no... me pre- guntó : -qué era lo que yo sentía, no me hizo terapia, puro medicamento... que fue enton- ces este...cuando... lo rechacé y dije: ¡Me voy a morir! <b>C:</b> Quisiera volver a cuál es la percepción que tienen tus hijas. <b>R:</b> Bueno...
---	---	--

**MARCA-GUÍA:  
ESTIGMA.  
LÍNEAS 169 – 175.**

**MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 177 – 186.**

**MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 191 – 216.**

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

**C:** ¿Cómo te ven tus hijas?

**R:** Ahí voy. Que cuando... me tomé eso este... dijeron: que nada, que yo me iba a morir y que yo estaba loca (pausa larga) porque rechacé el tratamiento. Viene la parte de la otra hija, la otra hija me... me... reclama muchas cosas y a veces me dice: -¡Mami, estáis loca! Que esto, que lo otro ¿ves? Este... y a veces... como ayer, me maltrata yy... su esposo viene... y a veces, la regaña y le dice: -¡Joselyn!, por favor, no trates así a tu madre, pero ayer me dijo... ayer me dijo Roberto: -Pero no... cántele: Abuelito, abuelito: mi abuelo es dulce como un pan de chocolate, (entre risas canta), o sea, ya me la... que es muy dulce su hija, es muy dulcita (tono alegre) yo la... porque él la llama lobo, porque es una oveja disfrazada de lobo... vivan con ella, vivan con ella; las dos son dos lobos: las dos...

**C:** Las dos, ¿cuáles?

**R:** Las dos hijas mías. A Adriana: hay que matarla dice él... va a matar al pobre Javier y... la mía es un lobo, que cualquiera se la come como una ovejita y es un lobo. Entonces, ellos son mi sostén, ellos son mi... tenía la palabra aquí, pero ya se me fue. Ellos son... los dos yernos míos son: mis... ee... mis... (pausa larga) cuando no está psiquiatra, están ellos... yo digo que ellos son: mis mejores psiquiatras, los dos. Cuando yo me siento... Javier, tengo un grave problema, el primero que lo sabe es Javier... vamos a sentarnos, me dice y nos vamos para el jardín a conversar. Cuando es un problema grave, grave que no es de... que no es de que yo lo resuelva, sino que lo pueda resolver él que... que... este... (pausa media) que... es un imposible, él lo toma... lo agarra para él en la mano y... lo consulta con Roberto, entonces allí ellos... ellos sí saben manejar mi enfermedad... ellos sí saben, saben este... (pausa corta) cuando... estoy... nerviosa, cuando

**MARCA-GUÍA:  
ESTIGMA.  
LÍNEAS 216 – 218.**

**CATEGORÍA:  
VALORACIÓN DE SÍ  
MISMA.  
MARCA-GUÍA:  
ACTITUD POSITIVA.  
LÍNEAS 223 – 260.**

211 es hombre... va todos los días para la casa  
212 porque vive a dos cuadras de la casa y... Ja-  
213 vier, este... sabe... sabe manejar a su esposa,  
214 entonces... me imagino que hablará con ella  
215 cuando ella me maltrata, porque a veces que  
216 me maltrata. Ahora... ahorita, ahorita, Mario,  
217 estoy maltratada por ellas dos, por un enamo-  
218 rado que tengo, que tú lo conociste en Mi-  
219 tón... es mi primo segundo yy... este... ajá,  
220 ajá... yo no tenía nada con Marcelo en ese  
221 tiempo yy... él... fue mi novio hace como...  
222 (pausa media) después de que yo terminara  
223 con él. Ajá, ¿y si nos enamoramos? Tuvimos  
224 que terminar por... por unas causas justifi-  
225 cadas yy... luego, hace... (pausa larga) hace  
226 como 20 años que me está buscando (pausa  
227 corta) y no me conseguía porque... le decían:  
228 -No te voy a dar el teléfono de ella... a los...  
229 a mi primo ee... en la muerte de mi hermana  
230 Judy hace... 5 años, le pidió el teléfono a mi  
231 primo y le dijo: -No te voy a dar el teléfono  
232 porque está comprometida... no voy a produ-  
233 cir un problema y te lo voy a dar a ti, y a ella  
234 y al otro hombre también... ¡no!  
235 -Pero es que yo la quiero muchísimo.  
236 -Precisamente por eso, no se van a aguantar.  
237 Entonces, este... a otra prima le dijo lo mis-  
238 mo y mi otra prima también le dijo lo mismo.  
239 El... asunto fue que en la muerte de mi otra  
240 hermana (pausa corta) pidió el teléfono y se  
241 lo dieron porque noo... el que se lo dio no  
242 sé... noo... noo... (pausa larga) se lo dio y ya  
243 está... no pensó en que él me andaba buscan-  
244 do para...para seguir conmigo. Entonces...  
245 mmm... yoo...quizás Mario cuando... ese  
246 número desconocido, sin nombre me llama-  
247 ba yo lo borraba y antes... yo noo... noo...  
248 ahora, le hago mucha...mucho caso al celular  
249 porque está sin forro, cuando estaba con el fo-  
250 rro lo dejaba tirado por todas partes yy... las  
251 personas me llamaban al CANTV este...y...  
252 bueno, un día mi hermano me dijo: -Wilmer  
253 te quiere ver, Wilmer te quiere llamar.



**MARCA-GUÍA:  
PERSONAS SABIAS.  
LÍNEAS 314 – 339.**

297 cuando llega a tierra, él se va inmediatamente  
298 para Chejendé donde tiene su granja, o sea,  
299 ella... no es... no trata a su familia, entonces  
300 yo digo; como le digo a mi amiga, yo digo:  
301 -Será que Wilmer, ya no le gusta a su esposa,  
302 será que ella tiene un mal carácter y lo mal-  
303 trata, por qué Wilmer le dijo a su padre que  
304 él me quería mucho a mí y su padre le dijo...  
305 y le dijo: -Rose está muy linda y... su padre  
306 le dijo: -Ella ha sido la más linda de todas las  
307 Guerras, pero eso sí: es la más cariñosa, le  
308 dijo. Este... algo pasará ahí... bueno, el asun-  
309 to ahí es que... el asunto ahí es que (pausa  
310 corta) voy a creer lo que... lo que el amigo de  
311 mi sobrino me dijo: -Que Dios me tenía algo  
312 preparado... muy bello, muy, muy bello...  
313 **C:** Mira, y ¿cómo te ven tus actuales amigas?  
314 **R:** (Pausa corta) Chévere, o sea, me invitan a  
315 bonchar; me invitan a bonchar y me llaman,  
316 me pasan mensajes, me... este... no me ven  
317 como una enferma mental, no me ven, para  
318 nada, ni me nombran los nervios...ni me los  
319 nombran, ni... ni...creen que yo estoy enfer-  
320 ma de nervios...son (pausa corta) chévere,  
321 todas son chéveres, hay dos... hay una casa-  
322 da, hay una que nunca se casó...que es muy  
323 inteligente, que es... catecúmena este... ella  
324 me ayuda mucho este... muy inteligente, e...  
325 hay una que está... que tuvo un hijo, que es-  
326 tuvo casada y ahora está viuda, pero bueno,  
327 antes de que... antes de que enviudara: ya  
328 estaba separada del hombre; del señor, del  
329 esposo...ella me ayuda mucho, es muy inte-  
330 ligente... estuvo en mi cumpleaños es... es  
331 una que sufrió una parálisis facial, no sé si la  
332 viste, te fijaste que es muy bonita, pero con  
333 ese problema...este...caramba... ee... por  
334 eso la rechazan mucho, digo yo... digo yo,  
335 porque tiene un cuerpo muy lindo. Ha engor-  
336 dado mucho, porque ella era... ella era una  
337 miss, era... tenía medidas de mises... este...  
338 y no me abandona, ella no me abandona. Con  
339 el problema de...de diciembre con Marcelo



**CATEGORÍA:**  
**VALORACIÓN DE SÍ**  
**MISMA.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**ACTITUD POSITIVA.**  
**LIÍNEAS 357 – 368.**

**CATEGORÍA:**  
**ENFERMEDAD.**  
**MARCA-GUÍA:**  
**CARÁCTER EXTERNO**  
**Y MULTIVARIABLE.**  
**LIÍNEAS 369 – 378.**

339 este... estuvo muy pendiente de mí.  
 340 Este... en el viaje para Mitón, estuve muy  
 341 intranquila porque estuvo Wilmer allí, estaba  
 342 muy intranquila, ¡de verdad!, porque el telé-  
 343 fono no tenía cobertura allí este... por todas  
 344 las cosas que él me había dicho, que se apro-  
 345 pió de mí, sin mi permiso. Me dijo: -Ahora,  
 346 no te voy a dejar, por nada ni por nadie, me  
 347 dijo. Y no me importa el hombre ese, el viejo  
 348 ese que tienes, así me dijo, porque a la larga,  
 349 cuando yo me decida, lo vas a tener que dejar,  
 350 vas a tenerlo hasta que yo diga (pausa larga) y  
 351 yo lo conozco, él es así... yo lo conozco.  
 352 C: Una pregunta que te quisiera hacer: Cuan-  
 353 do una persona de tu círculo familiar se re-  
 354 fiere a ti en términos de enferma mental o de  
 355 loca, ¿qué sientes tú cuando ellos te hacen ese  
 356 tipo de referencia?  
 357 R: (Ríe). Me echo a reír, me echo a reír y... le  
 358 digo: -Ay sí, claro que sí, claro que sufro de  
 359 nervios y estoy loca, claro que sí, pero trato  
 360 de mejorar y trato de llevar las cosas y trato  
 361 de enmendarme, trato de de hacer lo bueno  
 362 y...cuando hago lo malo me arrepiento y pido  
 363 disculpas (tono pausado, aparentemente sere-  
 364 no y con sarcasmo).  
 365 Pero sí... y les pregunto ¿cuál es el deber de  
 366 ustedes?  
 367 -¡Ayudarme!, eso es todo y bueno... y la gen-  
 368 te se queda tranquila.  
 369 Tratan de no darme malas noticias, ya me las  
 370 dan cuando han pasado, este... pero sí sufro  
 371 mucho de nervios, sí sufro mucho porque  
 372 cuando hay un muerto yo... me pongo chi-  
 373 quitica, y lo presiento... es lo peor, que pre-  
 374 siento las cosas malas. Cuando hay un muerto  
 375 yo presiento: se me pone un peso en la cabeza  
 376 y me da taquicardia... y el peso en la cabe-  
 377 za, y taquicardia...hasta que la persona no se  
 378 muere, yo no estoy tranquila.  
 379 C: ¿Tienes nietos?  
 380 R: Tengo 5 nietos preciosos.  
 381 C: ¿Son mayores?  
 382 R: Noo... la mayor va a cumplir ahora el 30,



<p><b>CATEGORÍA:</b>  <b>ENFERMEDAD:</b>  <b>MARCA-GUÍA:</b>  <b>CARÁCTER EXTERNO</b>  <b>Y MULTIVARIABLE.</b>  <b>LÍNEAS 426 – 444.</b></p>	<p>427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470</p>	<p>quién me llevó a estar así no... tú, le dije,          porque me lo dijeron los médicos, por eso...          por tus tratos, por tus borracheras y ahora por  <u>esa fumadera de tabaco que me molesta tan-</u>  <u>to</u> (tono de reclamo)... porque físicamente...          anímicamente me molesta mucho, Mario...          me dan náuseas y me da piquiña en la nariz y          a él... entonces, viene con el olor... impreg-          nado...hasta que no se baña ¿me entiendes?          Entonces, yo no puedo usar mi pareja porque          siempre está hediondo a tabaco, siempre está          con mal olor... ¡siempre! Si no está lleno de          grasa, está lleno de... de tabaco o de... be-          bida alcohólica, porque eso la agarra desde          la mañana... por lo menos ayer, comenzó a          beber con el carnicero desde la mañana... con          el proveedor de la carne yy... por la... en la          tarde me consiguió limpiando yy... y comen-          zó a pelearme y le dije:  <u>-Que por favoor... respétame un poquito,</u>  <u>respeto que estoy adolorida y cansada, y que</u>  <u>estoy haciendo esto porque no me gusta ver</u>  <u>la casa sucia y no viene la mujer; si viniera la</u>  <u>mujer yo... te acom... ahora tú, tienes la... la</u>  <u>obligación de acompañarme, estás aquí senta-</u>  <u>dito conmigo, tomando esta... este... esta brisa</u>  <u>y yo limpiando la parte de la grama</u> (tono          de queja, de reclamo) que estaba como entre-          tejida las hojas (destaca) hay una planta allí          que se entre... está entretejida yy... yo se le          saco las hojas de la mata del coto... del árbol:          del cotuperí yy... yy... las hojitas pequeñas          del búcaro: cuesta mucho... podé, limpié: las          matas, las hijas que estaban secas, las flores          que están secas... todas esas cosas... a él no          le gusta que yo haga eso ¿quién me lo va a          hacer?. Que se reúna todo eso ¿para qué?...          ¿Para ver mi casa sucia y que me la vean su-          cia?, no puedo, no consiento... yo no lo con-          siento, entonces, se pone... me perjudica...          Marcelo me perjudica, Mario, me perjudica          mucho ee... cuando viene borracho yo temo;          me da temor y me da temblor.  <b>C:</b> Muchas gracias. Esto ha terminado.</p>
<p><b>CATEGORÍA:</b>  <b>VALORACIÓN DE SÍ</b>  <b>MISMA.</b>  <b>MARCA-GUÍA:</b>  <b>ACTITUD POSITIVA.</b>  <b>LÍNEAS 446 – 466.</b></p>		
<p><b>CATEGORÍA:</b>  <b>ENFERMEDAD:</b>  <b>MARCA-GUÍA:</b>  <b>CARÁCTER EXTERNO</b>  <b>Y MULTIVARIABLE.</b>  <b>LÍNEAS 466 – 469.</b></p>		



# ANEXO DOCUMENTAL



El objetivo del presente anexo consiste en la transcripción literal de una serie de entrevistas y cuestionarios realizada a un conjunto de personas expertas vinculadas al estudio de la locura y que sirven de soporte documental a los planteamientos hechos en el desarrollo de la presente tesis doctoral.

En este sentido, se entrevistó al Dr. Nemesio Montiel, el cual en su condición de Antropólogo y representante de la etnia goajira, expuso la concepción aborígen sobre distintos tópicos vinculados a la locura desde tiempos ancestrales hasta nuestros días. Otro de los entrevistados fue el Dr. Marcial Hernández, nieto del Dr. Venancio Hernández, quien fue el primer Director del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo en 1904 y al cual acompañó desde su infancia en el trabajo cotidiano de su abuelo. Luego al graduarse como Psiquiatra se desempeña desde hace mucho tiempo, y aun luego de su jubilación, como Jefe de la Unidad de Electroencefalografía de la misma institución. Con el Dr. Hernández se discutió acerca de distintos aspectos vinculados a los orígenes de la institución asilar en Maracaibo a principios del siglo pasado.

Finalmente participó el Dr. Eligio Nucette, Doctor en Psiquiatría y Doctor Honoris Causa de la Universidad del Zulia, con su opinión a través de un cuestionario en el cual se trataron algunos puntos que a nuestro entender son de vital importancia con respecto al futuro de la Psiquiatría, tales como la relación médico-paciente, tratamientos, terapias alternativas, atención pública-atención privada, formas institucionales y formas alternativas de atención, la psiquiatría como ciencia, nuevos campos de acción (escuelas, fábricas), nuevos actores sociales (niños, mujeres embarazadas), patologías posibles y el papel de las *big pharma* (empresas farmacéuticas). A continuación, se presenta el contenido de lo anteriormente planteado.

## ENTREVISTA REALIZADA AL ANTROPÓLOGO NEMESIO MONTIEL

**Mario:** Buenos días, Doctor. (M)

**Nemesio:** Buenos días, Mario. (N)

En virtud de los conocimientos que usted posee de las comunidades aborígenes, especialmente de la cultura guajira, quisiera hacerle unas preguntas con respecto a la comprensión que existía o que existe todavía hoy en día sobre el tema de la locura. ¿Cómo se entendía la locura en la cultura guajira y específicamente en el periodo pre-colonial?

**N:** *Los pueblos pre-hispánicos de América (pausa larga) conocieron de la existencia de la locura en el seno de sus sociedades (pausa larga). Existió según los testimonios (pausa corta) lo que se clasificó como locura individual y locura colectiva (pausa corta) la... las evidencias se han recogido desde el punto de vista antropológico a través de los sistemas lingüísticos. En cada grupo humano indígena pre-hispánico existen unas categorías para (pausa corta) denominar a la locura (pausa mediana) entre los aztecas, entre los quichua, entre los guaraníes y en nuestro caso particular, entre los pueblos indígenas de Venezuela. El otro testimonio concreto es lo que se conoce a través de los mitos, de la mitología –de la... cosmovisión– esto... entonces, con estos dos elementos se evidencia la existencia y el conocimiento por parte de los miembros de esos grupos... de personas que con un... este desequilibrio mental (pausa mediana) nuestros pueblos indígenas de América (pausa mediana) ennn... en su mundo mágico-religioso le explicaban (pausa mediana) la locura como algo que... provenía de la presencia de malos espíritus en la cabeza y en el cuerpo de las personas. Lo explicaban señalando que cualquier individuo de estos grupos pre-hispánicos recibió esa mala influencia manejado por algún shamán, algún piache, algún médico brujo –como le llamaban también– en estas... en estos grupos emmm... por mandato de alguna persona para volver loco a alguien eh... se le hacía un trabajo como hoy se denomina a efectos de que se le incorpore un espíritu que lo volvía... que lo hacía, pues, tomar reacciones violentas, fuertes, emmm... y hasta con acciones ummm... a terceros, ammm... expresiones materiales de la cultura de estos pueblos como quemar un rancho, agredir a la familia, emmm... quemar los sembradíos, emmm... tratar de violentar los templos (pausa mediana) se... también (pausa corta) en nuestros pueblos*



*pre-hispánicos emmm... esta situación tenía una respuesta, una solución y era (pausa corta) a través de otro shamán para los... ceremonias, con exorcismos, con succión, inclusive, eh... sacarle ese espíritu para sanarlo ¿no?*

**M:** Podrías aclarar un poco más acerca de ese hecho de locura colectiva.

**N:** *Pero déjame decirte algo: para sanarlo. Eh... (pausa mediana) también hay una... –para que no se me olvide– también emmm... cuando hablamos de la locura colectiva es producto de fenómenos naturales como por ejemplo: terremotos, un eclipse. El shamán daba el presagio de que eso traía consecuencias negativas y un individuo que tenía su mujer embarazada, por ejemplo, ese hijo iba a salir anormal. Esto se iba eee...socializando, se iba regando entre la comunidad y generaba un pánico que en algunos... en algún porcentaje de la población llegó a la... a la locura y también la comunidad organizada a través de sus shamanes, de ceremonias, emmm... de medicamentos, extractos de raíces para que botaran ese mal ¿no?, es decir, existió, pero también había una reacción frente a eso para superar la situación ante algún miembro de la sociedad.*

**M:** Eh... me llamaban la atención esos dos puntos. Esa idea de la locura colectiva... de la locura como fenómeno colectivo, ya por lo menos quedó bastante aclarado y quisiera precisar algo, ¿cómo sabían que una persona sufría de la locura?

**N:** *Como (pausa corta) en nuestros pueblos se transmiten por los indígenas pre-hispánicos y los de hoy –los contemporáneos– emmm... muchos no tienen escrituras, son ágrafos, que todo se transmite oralmente y el acontecer diario, cotidiano en una sociedad indígena se transmite oralmente, eh... entonces había conocimiento de cuáles eran las reacciones, cuáles eran los indicadores de que una persona eh... sufría de locura ¿no?, eh... lo que te señalaba inicialmente ¿no? Reacciones violentas, emmm... pérdida de la responsabilidad ante la sociedad porque generalmente como eran grupos comunitarios emmm... condicionaba el colectivo a la individualidad y el individuo tenía que someterse a las decisiones del colectivo, entonces, una persona con locura no obedecía ninguno de estos mandatos. Eh... el trabajo comunitario, por ejemplo, se le asignaban res-*

*ponsabilidades y lo que hacía era quemar el sembradío, eh... lo que hacía era alejarse de su casa, abandonar a su familia que es sancionada en los grupos indígenas de América.*

*Cuando tú abandonas a tu familia –si es un grupo polígamo– que tiene uno, dos o tres esposas ¿no? se va... eh... cuando no es solidario con la familia; en fin hay muchos indicadores que varían de un grupo humano indígena a otro, pero muchos indicadores que llevan a que la persona... a que las personas o la sociedad o el cabeza de familia, responsable del...del...del grupo digan: –Ese está loco, vamos a tratarlo ¿no? emmm... y cuando es muy violento lo encierran, lo amarran, eh... Esto te digo: –Tuve mucho conocimiento de esto porque un profesor mío –de la Universidad Central de Venezuela– ya fallecido, Efraín Hurtado, quien trabajó con Lewis Strauss, tocó... manejó el tema de la locura.*

**M:** Otra pregunta que te quería hacer: ¿Cuál era el destino final que se le asignaba a las personas que se designaban locas, es decir, qué se hacía con ellos? Y otra cosa que me parece importante, ahora que la mencionabas tú, ¿quién le dictaminaba que esa persona estaba loca? ¿Era toda la colectividad, era alguien en particular? Esas dos preguntas.

**N:** *Eh... cuando ocurren problemas por parte de una individualidad –en una sociedad– esa persona es llamada por el cabeza de familia, el jefe del grupo o los jefes, el consejo de ancianos, el piache, el shamán ¿no?, emmm... y aquí el shamán juega un papel muy importante porque él como conoce los antecedentes dice: –Ese está loco ¿no? Eh... se lo comunican... el shamán no lo pueden... eee... no puede tomar una decisión sólo él; él es un consejero de... los familiares del enfermo; del afectado mentalmente emmm... de los jefes de familia, de los ancianos, de quienes asumen responsabilidades en la comunidad y toman la decisión de (pausa corta) primero tratar de salvarlo con el trabajo este espiritual, con la ceremonia, emmm... con la farmacopea indígena, las tomas para que él vomite mucho, duerma mucho y bote el... salga de su cuerpo ese espíritu que causa la loquera porque fundamentalmente la explicación que le daba a la loquera es que eso venía de un mal espíritu que se le incorporó eh... no le daban la explicación médica eee... genética si es posible; si de repente fue hereditario ¿no? No sé hasta qué punto tú has manejado esto. Entonces ¿qué hacen con él? Primero, tomar la decisión de tratar*

*de salvarlo. En segundo lugar, confinarlo ¿no? emmm... el tratamiento es tan diverso ¿no? Baños en los ríos, con la luna en tal posición, toques de tambor, toda la farmacopea eh... nunca lo dejan solo (pausa mediana) ellos... estas personas siempre están rodeadas de los familiares; recuerda que la mayoría de los pueblos indígenas de América y el Wuayúú que tú hacías referencia en el inicio quieren mucho a sus familiares hasta más allá de la muerte, entonces, no... no quieren que alguien muera y si alguien está... tiene ataques de locura eh... tratan de salvarlo ¿no? eh... lo confinan (pausa mediana), lo rodean familiares cercanos...*

**M:** Perdón, ¿dónde lo confinan?

**N:** *En la misma casa o en una parte de la casa para que no lesione nada, para que no tome reacciones contra los niños y las niñas ¿no? e... y si es de encerrarlo, amarrarlo –los wuayúú– por ejemplo, lo acostaban en un chinchorro y le cosían el chinchorro; ahí permanecía preso; encerrao... encerrao, entonces ahí le hacían el tratamiento de la piache, el tratamiento de la farmacopea indígena ¿ve? y lo sacaban de madrugada a bañarlo, a hacerle otras... otros trabajos y así lo iba probando hasta soltarlo ¿no? eh... lo dormían mucho; en el caso de los wuayúú los duermen mucho y lo despiertan y lo sacan y lo prueban hasta que (pausa mediana) hasta que se recupere y es perfectamente posible la recuperación.*

**M:** Este... tú me has señalado algunas formas de tratamiento que se han dado a las personas que han sufrido esas locuras. Me podrías hablar un poco más sobre esas formas de tratamiento que se les aplicaba a las personas que estaban sufriendo de la locura.

**N:** *Sí, todo... como ya lo señalaba ¿no? (pausa mediana). El tratamiento del shamán, del piache emmm... con una serie de... de... de aspectos para despojarlo. Cómo le daban la explicación que era un espíritu maligno que tenía ahí, una maldad que le hizo alguien o por una circunstancia salió en la noche y lo flechó eh... un mal espíritu y le entró y eso le generó la locura emm... ceremonias, emm... baños, el maraqueo, eh..., a los piaches, a los shamanes se les incorpora un espíritu protector; ese espíritu protector habla con ellos y les señala qué otras cosas hay que hacer con él, qué hay que darle de comer. El tratamiento con las raíces; con extractos de raíces lo hacen vomitar mucho, lo hacen emmm... botar*

*mucho líquido y lo hacen dormir mucho y ellos tienen medicamentos para eso, entonces este dos tipos de... este dos tipos de alternativas que maneja el piache son perfec... han sido perfectamente válidas para tratar a las personas afectadas mentalmente.*

**M:** ¿Quiénes sufrían de la locura? ¿Había algún tipo de discriminación? ¿Eran jóvenes, eran adultos? Cualquier grupo etario, ¿a quiénes golpeaba con más fuerza el problema de la locura?

**N:** *Ummm... Lo que he leído y lo que he vivenciado en el pueblo wuayú es que cualquiera puede ser afectado por una reacción de locura temporal y hasta indefinida (pausa mediana). Conozco casos que... me han narrado en mis investigaciones de jefes de familias, de jefes importantes de grupos, llamados caciques, que llegaron a tener... a ser afectados por la locura y eso generó... genera todo un conflicto a nivel del resto de las personas porque el guía (énfasis) está loco, el guía está infectado por la locura y ahí sí el esfuerzo es muy grande para tratar de superar la situación a través de varios tipos de tratamiento. ¿No? Ahora bien, emmm... niños (pausa mediana) generalmente los ancianos lo que... y ahí diferencia el wuayú, ancianos que pierden la conciencia por la edad no son locos—para ellos— locos son aquellos que siendo jóvenes o que siendo hasta ancianos también tienen reacciones violentas... por allí lo median eh... ummm... cosas que hacían que no tenían ninguna explicación. Se iban al monte por un tiempo, corrían con los animales eh... se... metían a... en los cementerios a dormir allí con los muertos eh... andaban todos desordenados ¿no? Entonces afectaba a cualquiera, tanto a mujeres como a hombres.*

**M:** Hasta ahora las referencias que he tenido era que principalmente afectaba al sexo masculino y poco a las mujeres. Quisiera hablar sobre eso sabiendo el papel fundamental que juega la mujer al interior de esas sociedades aborígenes.

**N:** *Y sobre todo en las sociedades matrilineales, la influencia de la mujer es fundamental en la orientación familiar y... y grupal en la integración familiar emmm... (pausa mediana). Te repito, mi referencia wuayú es que el alto porcentaje es con los hombres ¿no? y con las mujeres muy mínimo eh... a veces ocurre cuando no aceptan la poligamia—compartir el hombre con otras mujeres— emmm... se violentan mucho y*

*le entran estos conflictos mentales ¿no? Hasta abandonar sus hijos. Irse por ahí porque el marido se les fue eh... reacciones violentas mentales que generan evidentes reacciones de locura.*

**M:** ¿Cómo era visto socialmente el enfermo? ¿Cómo era percibido por el grupo o la comunidad?

**N:** *Mira este... entre los Guaraníes del Sur de América eh... era distinto a como lo veían los quichuas, como los veía grupos de las Amazonas o de Centro América (pausa mediana) unos... lo cierto es que nunca lo abandonaban para tratar de salvarlo eh... pero... lo veían como una persona que había que ayudar –te repito– porque lo que tenía no era su culpa, sino de otra persona o de un espíritu maligno sobrenatural que le llegó ante cualquier circunstancia ¿no? eh... el viejo Toro Fernández una vez se le volvió loco un nieto en la Guajira y él decía: –Eso no es culpa de él; a él hay que salvarlo, eso es culpa del que le hizo el mal. Porque la locura la trataban como un mal que... desde el punto de vista de la espiritualidad...*

**M:** Pero él no, el individuo no.

**N:** *Él lo que está haciendo... él ni se da cuenta, ni sabe, entonces nosotros no tenemos que culparlo.*

**M:** ¿Cuál era el papel de la familia con respecto a la persona que se sentía... que sufría el problema de la locura? ¿Ellas continuaban con su vida normal o había momentos en que se dedicaban específicamente a él, se rompía o no la rutina con la existencia de un miembro que sufriera de este trastorno en la familia?

**N:** *En... la familia wuayúú –y yo creo que esto es válido para otros grupos indígenas en Venezuela y en América– (pausa mediana) emmm... si hay una persona afectada por la locura en una familia nuclear o en una familia extendida eh... había que cuidarlo mucho porque podía generar problemas con otras familias. Un hombre loco que podía agredir a los miembros de otra familia y aquellos venían a reclamar, entonces tú tenías que cuidarlo, tenían que... la familia... mujer, si es un hombre, sus hijos, sus parientes patrilineales si es patrilineal o matrilineales si es matrilineal emmm... asumir responsabilidades para primero salvarlo, ayudarlo y después evitar problemas con otras familias en el caso del wuayúú que te podría traer como tú muy bien sabes ummm... ellos no .... la otra familia*

*no tenía que ver con que estaba loco o no, sino que tú tenías que indemnizar algo que había hecho ese señor. Darle un rebaño de carnero, eh... agredirle un niño, quemarle un rancho ¿no? emmm... quemar cosas en el cementerio que es tan sagrado para todo el wuayuí.*

**M:** Normalmente en la sociedad occidental, hoy en día, el enfermo mental sufre de un estigma, es categorizado de manera negativa. Ahora, la persona que sufría de la locura ¿perdía alguna de sus capacidades económicas, morales o posicionales cuando sufría de este trastorno al interior del grupo familiar o de algún grupo comunitario?

**N:** *No, quizás en algunos grupos sí, pero en la mayoría que yo sepa emmm... este son solidarios con él en la búsqueda de su tratamiento y en la solución del problema ¿no? Como son solidarios con él y como los bienes son generalmente comunitarios ¿verdad? entonces eh... esto lo asumen mientras pasa la situación, así sea el jefe el resto de la familia eh... por lo tanto no (pausa corta) no se acepta ¿no? y, moralmente (pausa mediana) ellos hacen muchas ceremonias para que otras familias se enteren, pues, de que hay esta situación y... es decir, eh... familias cercanas le piden hasta disculpas que hay esta cosa aquí, no vengan a visitar porque puede haber problemas, que... desde el punto de vista moral cuidan mucho eh... la situación ¿no? a efectos de que no trascienda, inclusive emmm... porque como le dan una explicación de que viene (pausa corta) trabajado o viene la cosa manejada por otras personas con quien tenía problemas y... o por una mujer se aplica mucho esto también; una mujer que ha dejado, que ha abandonado, etc.*

**M:** Para finalizar, ¿tú has notado algún cambio en la concepción de la locura en estas sociedades pre-hispánicas? Antes y después del encuentro ¿se ha mantenido la misma concepción de la locura o la influencia del pensamiento occidental ha incidido en alguna medida en la concepción que manejan estos pueblos? ¿En qué sentido han sido las variaciones que han existido?

**N:** *Sí, la... transculturación toca todos los aspectos que tienen que ver con los pueblos indígenas a partir de su relación con Occidente. Ha habido cambios, ha habido una dinámica, se han perdido algunos valores —como sabemos— muchos grupos indígenas han perdido su eh... su lengua*

*materna fundamentalmente. En el caso de la locura como les toca tanto a las familias y las familias indígenas son tan unidas emmm... los cambios no son tan evidentes. Sí ha habido, por ejemplo, eh... entre los indígenas de Colombia y Venezuela de los cuales tengo mayores referencias y son muy pocos los indígenas que llevan a los manicomios y tratan de curarlos a través de las formas tradicionales como lo venían haciendo eh..., pero sí hay casos aislados que los llevan a estos sitios donde recluyen a los que sufren de esta situación mental. Es como a los ancianos, el caso de los wuayuú y de otros pueblos indígenas de América llevar a los ancianos al ancianato eso es muy difícil ¿no? y muy criticado por la comunidad –no quiere a su madre, no quiere a sus raíces. ¿Cómo la va a llevar?– Así hacen con el loco, así mismo, entonces la reacción social, la crítica obliga a mantener como tradicionalmente se ha venido manejando la situación con los que sufren de esta enfermedad mental, pero sí los llevan a un médico, a los especialistas ¿no?, es lo que llamamos ahora la interculturalidad en la salud, también para los efectos de la loquera funciona.*

**M:** Allí quería hacer una diferencia, una cosa es que lo lleven a un internado y otra cosa es que lo traten bajo el proceso de medicalización de la locura, es decir, que se les lleve a médicos, que se les recete, que hagan uso de los psicofármacos. Ese es el otro aspecto de interculturalidad que quisiera que habláramos.

**N:** *Sí, en eso es una realidad. No solamente para locura sino para muchas otras enfermedades; es más, los shamanes, los piaches ¿no? En Amazonas entre los Yanomami que son los que están más aislados por allá, por el alto Orinoco. Entre los Yanomami, los shamanes recomiendan –seguramente sus espíritus protectores se lo dicen– recomiendan llevar el paciente al médico cuando hay que hacerlo y como ahora se están formando enfermeros indígenas –en Venezuela– que manejen el proceso intercultural ellos utilizan las dos formas médicas: la tradicional indígena y la medicina científica ¿no?, llevarlo a la asistencia médica a... a su tratamiento, al tratamiento que le... que lo diagnostiquen y que le hagan un tratamiento ¿no? y se complementa con la ceremonia, con todo el trabajo que tradicionalmente hacen las familias y los especialistas de las etnias con gente afectadas por estas situaciones.*

**M:** Para finalizar, quisiera hacer una precisión sobre un aspecto muy importante que no hemos considerado y es el aspecto de los shamanes (énfasis). ¿Quiénes decidían quiénes eran shamanes o no?, ¿tenían una formación especial?, ¿quién les daba el título de shamanes?, ¿cómo era otorgado, era hereditario?, es decir, hálame un poco acerca de la característica de ese shamán o de ese médico curandero.

**N:** *Ya te voy a dar una referencia muy concreta y luego te voy a generalizar. El... fin de semana pasado yo fui al encuentro con una shamán –con una piache– (énfasis) generalmente son mujeres, pero también pueden ser hombres. Una piache de setenta y ocho años (énfasis) y conversé mucho con ella ¿no? Ella... vino a (pausa corta) tratar a mi mamá que tiene ochenta y... cumplió ochenta y nueve años y parece que... que estaba afectada por algo espiritual y vino a... a hacerle una ceremonia ¿no? El sábado pasado eh... yo conversé muy brevemente con ella, –quizás menos de media hora– porque son muy (pausa corta) cerradas, pero como estaba en la casa de la familia y yo le hablaba en wuayunaiki me dio la oportunidad de decirle algunas cosas. Ya yo sabía algo de esto ¿no?, ella me lo reafirmó. Ella se (pausa corta) ella se sintió desde niña de que tenía facultades ¿no?; de que tenía facultades, de que tenía... de que los espíritus la habían escogido pa’ ser y los fenómenos sobrenaturales, los seres sobrenaturales la habían escogido a ella pa’ hacer la conexión entre ellos y los de la vida terrestre ¿no? y que su comunicación sería a través de los sueños, a través de la incorporación de ellos en su... en su cuerpo ¿No? y que... las piachis no las nombra nadie, no las forma na... no las señala nadie –tú tienes que ser piachi– sino que eso viene por mandato de los seres sobrenaturales ¿no? se les desarrolla en cualquier momento de su vida. A nivel de la niñez y hay que ummm... otra piachi tiene que... si se le desarrolló la facultad tiene que empezar a adiestrarla, a no... entonces ella me dice -mira yo... –como si me estuviera hablando de que formó varias alumnas piachi– que la fueron a buscar los familiares le dijeron: –Mire, esta mujer no duerme en las noches, sueña mucho eh... no quiere nada con los hombres, no quiere comer carne, a veces le entran cuestiones cuando hay luna llena; entonces... no, esa nació pa’ ser piachi, entonces hay que desarrollar esa facultad y se la llevan a una piachi mayor y ella le activa al máximo y así es como se forman las piachis y conocen... porque ellas, no solo de todo lo que es la farmacopea, de todo lo que es el trabajo*



*a nivel de la comunidad en términos de... de la medicina tradicional, sino lo fundamental, la comunicación con lo sobrenatural, con los espíritus ¿No?, con los sellus –que llaman ellos–*

**M:** Bien, ese...ese espíritu tenía referencia a algún nombre en particular, tiene alguna denominación en la cultura guajira.

**N:** *Sí, en la cultura guajira se llama **Sellus** vamos a anotarlo (procede a anotar cada nombre). La locura es **Mamaina**, ummm... los Aztecas le llamaba en otro término, los Yanomami, los Piaroa, etc.*

**M:** Sellus ¿es el Dios de la locura?

**N:** *Espíritu protector...*

**M:** ¡Ah! el Espíritu protector.

**N:** *... de un shamán que es el que lo guía y le dice –cuando entra en trance o cuando sueña con él–: Mira, tienes que hacer esto con ese paciente que tienes allí.*

**M:** ¡Ah, ya!

**N:** *A ese loco le van a dar esta vaina ta, ta, ta ... lo van a vestir así, lo van a bañar así...*

**M:** Le dicta el tratamiento...

**N:** *Le dicta el tratamiento.*

**M:** ...el espíritu protector.

**N:** *Para el que sufre de Mamaina.*

**M:** Gracias, profesor. Hasta aquí la entrevista.

**N:** *De nada.*

## ENTREVISTA REALIZADA AL DR. MARCIAL HERNÁNDEZ

**Mario González:** Buenos días, Doctor (M)

**Marcial Hernández:** Buenos días (H)

**M:** Doctor, a raíz del gobierno de Guzmán Blanco se emiten los primeros reglamentos para tratar el tema de los alienados y surgen, a principio del siglo pasado, las primeras instituciones psiquiátricas, entre ellas esta institución: El Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Desde ese momento en que surgen estas instituciones ¿por qué surgen? Y, ¿cuál es el fundamento que justifique el nacimiento de este tipo de instituciones que hasta ahora no habían existido en Venezuela?

**H:** Bueno, cuando yo me di cuenta de esto fue cuando mi abuelo empezó a venir eh... él vino del hospital fue a inaugurarlo en el... 1904, pero ya él estaba viniendo porque aquí al principio los pacientes los tenían metidos en una... en la jefatura, entonces allí los mezclaban enfermos mentales con los reclusos, los que se metían en problemas, entonces... : En vista de eso eh... estos comerciantes de la Minles este... tuvieron que... cuando cumplieron 25 años creo de fundado ellos se interesaron mucho en el problema psiquiátrico y se reunieron, hicieron... consiguieron dinero para tratar el enfermo mental ¿no? y mejorara su situación. Eso fue un grupo de comerciantes.

**M:** ¿Cómo se piensa ahora la locura?

**H:** Bueno, actualmente la locura se considera como una enfermedad...

**M:** Es decir, en ese momento de mil novecientos...

**H:** Ya antes, un poquito antes de mil novecientos tres... cuando mi abuelo... no estaba todavía funcionando el hospital psiquiátrico, pero ya él estaba asistiendo al nuevo sitio donde tenía enfermos mentales y se empezó a considerar ya cuando entraron los médicos para pensar en que... la enfermedad mental era una enfermedad porque, es decir, la locura en realidad era una enfermedad mental y de allí el interés que tuvieron esos señores de la compañía –que eran comerciantes– de juntar médicos y hacer todo lo que ellos consideraron importante con el asunto de que el enfermo mental mejorara. Más o menos en esa fecha... todavía había algunas personas que seguían pensando que eran desviados, que era problemas del mal... que era

*problemas de un mal, que les echaron un mal, que les hicieron esto o aquello. Bueno, a pesar de todo se consiguió que había cierta influencia para que vieran que la locura era... una enfermedad.*

**M:** Ahora, si era una enfermedad, ¿cuáles eran las posibles causas de esa enfermedad en ese momento?

**H:** *Por un lado la poca cultura que tenían muchas personas este... y aparte de eso la situación eh... problemas económicos, enfermedades; había muchas enfermedades contagiosas, unas de origen biológico como la parálisis general progresiva. En esa época eran muy frecuentes aquí en el hospital ya los diagnósticos. Cuando yo entré todavía era obligatorio hacerle los exámenes de sífilis lumbar porque ahí era que podía estar la parálisis general progresiva. Bueno, es... te decía que en el 57 cuando yo entré al hospital ya la gente sabía hablarme ya de la PGP, esa era ya una consecuencia de la sífilis, o sea, ya... la sífilis tenía varias etapas que era la etapa primera, la segunda hasta llegar hasta la etapa última que es la de la sífilis nerviosa. Ahí salió la PGP. Aquí había una cantidad de... de PGP pacientes que eran megalómanos, que eran maníacos, hablaban mucho... también creían en esas cosas. Los familiares de estos señores creían que eran problemas extramédicos, pero sí, la gente se fue acostumbrando un poco.*

**M:** Usted señaló inicialmente, Doctor, que los enfermos mentales eran recluidos en cárceles al igual que otros tipos desviados sociales, por decir algo. Nos podría aclarar un poco más sobre eso y cómo es que surge entonces el hospital, quiénes llegan acá, por qué llegan acá, qué condiciones deben cumplir para llegar acá y sacarlos de esas cárceles.

**H:** *Bueno en principio fue eso. Cuando los pacientes mentales los tenían mezclados con los reclusos y con otra cosa este... viendo la preocupación de esta gente... del... del enfermo mental de hacer algo mejor, de que el paciente esté mejor alimentado, mejor vestido y que la gente supiera de que eso es una cosa distinta a lo primero y distinto a la experiencia que le trajo aquí y de ahí fue de donde vino... y al paciente le construyeron esos asilos para examinarlos; el paciente cambió, el paciente estaba mejor alimentado, el paciente lo bañaban, el paciente lo vestían, el paciente se sentía distinto, lo... lo que es la parte... es muy importante, no solamente los medicamentos, sino el estado cómo lo consideran, este... que le dan cariño, que se*

*preocupan por ellos, que los... los atienden y a eso (pausa corta) ya eso es un porcentaje más o menos alto de mejoría para el paciente.*

**M:** A eso me iba a referir en la próxima pregunta. En esos momentos iniciales, ¿cuáles eran las formas de tratamiento que había para tratar a la locura y a los alienados?

**H:** *Bueno, en esa época... uno era la atención, aunque sea indirectamente contribuía a mejorar al paciente, y lo otro, luego comenzaron a traer medicamentos. Al principio utilizaban los bromuros, el bromuro de potasio que lo trajo no recuerdo si es que fue el rector de la Universidad del Zulia en esa época. Él estuvo en el exterior y se trajo fue... el... la... habló mucho sobre el uso de los bromuro –el bromuro de potasio– sobre todo en el tratamiento de las enfermedades mentales y un poquito más tarde se empezaron a utilizar medicamentos como el Luminal, que es el Fenobarbital en América, Gardenal en Francia y el Unidal en Alemania. Eso se traía... se comenzó a... a importar medicamentos; a traer medicamentos. Poquitos, pero más o menos en esa primera etapa, después vienen otros tratamientos.*

**M:** Además de las medicinas no había otros tratamientos... algo así como los baños con agua fría, agua caliente.

**H:** *Bueno, sí, pero eso yo no lo llegué a ver, pero a mí me decía que los cogían, los bañaban, los aseaban.*

**M:** ¿Quién definía el tratamiento que en ese momento debía tener el enfermo mental?

**H:** *¿Actualmente?*

**M:** No. En ese momento, a principios de siglo. ¿Lo definía el médico o lo definía en reunión con la familia?

**H:** *Bueno, el paciente se trataba de convencer a los familiares para que los visitaran, les trajeran sus cosas y para lo más importante, lo que hablamos ahora de que ellos vieran de que sí eran atendidos; porque los familiares cuando tenían esto, cogían al paciente y lo traían para el hospital psiquiátrico, lo metían porque no había más nada que hacer, después se iban y lo dejaban. **Y costaba mucho** convencer a los familiares explicándoles de qué se trataba, porque muchos seguían*

*creyendo en esas cosas extrañas de... de... de males y de cosas esas y... no contribuían hasta el punto de que, a pesar de la población que teníamos nosotros –muy baja todavía– en el año mil novecientos cuarenta y tantos, treinta y tantos. A pesar de eso, la cantidad de enfermos mentales era grande pero por lo menos... tenían tratamiento. Entonces, ¿qué pasa? Que llegó un momento en que el hospital psiquiátrico tenía novecientos y pico de pacientes.*

**M:** ¡Ya!

**H:** *Entonces los familiares no los venían a buscar, los dejaban abandonados, los metían y se iban y no volvían más. El hospital no iba a dar para tanto porque entonces con el poco tratamiento que había, trataban de hacer algo por el enfermo.*

**M:** Una pregunta que le quiero hacer, ¿quiénes sufrían de esa enfermedad? ¿Había alguna particularidad, eran principalmente hombres, mujeres, eran personas ancianas, eran personas jóvenes? ¿Había una cualidad o en general cualquier sector de la población podría sufrir de esa enfermedad en esos principios de siglo?

**H:** *Sí, bueno, en esa época todavía estadísticas que yo dijera que había más hombres o más mujeres nooo... sí sabemos que eran adultos, nunca metieron niños en el hospital psiquiátrico a pesar de que había niños con problemas, pero claro, la atención, la psiquiatría infantil en esa época estaba también un poco atrasada ¿no?, pero (pausa corta) como había poco médicos, los poquitos médicos que había tenían que dedicarse a tratar a las mujeres, tratar a los varones, y atender... tratar también a los niños porque no había quien los tratara y atenderlos, pero sí... eran más o menos iguales porque yo recuerdo que aquí estaban separados los enfermos. Los enfermos mentales estaban... los varones –los hombres– estaban en un lado y las mujeres estaban en otro lado y más o menos de lo que yo vi cuando yo entré aquí –en el Hospital Psiquiátrico– era más o menos proporcional*

**M:** Y en la época de principio de siglo, cuando venía con su abuelo...

**H:** *Bueno, había más hombres en esa época, quizás porque andaba en la calle, lo cogían en la calle, lo llevaban y las mujeres estaban más en la casa que el hombre... entonces yo sí recuerdo, cuando yo venía para acá muchacho, yo recuerdo que yo veía que a los tranquilos que podían*

*estar en su casa, no los venían a buscar, no se los llevaban y los tenían aquí. Yo llegaba porque mi abuelo me dejaba en la puerta, yo me quedaba viendo a los enfermos mentales que... tranquilos, que como estaban tranquilos los dejaban salir por ahí.*

*Yo recuerdo que había uno que me llamó mucho la atención, un viejito, gordito él, que me decía: –Yo soy el padre eterno–, y eso es cada uno de los pacientes con sus ideas delirantes. Casos que antes veíamos, no los vemos ahora por el tratamiento, pero antes veíamos muchos enfermos mentales, veíamos en la puerta, veíamos... los veíamos pero con sus ideas delirantes ¿no? y con sus alucinaciones que ellos decían. Yo me ponía a verlos ahí porque eran pacientes muy tranquilos ¿no? y por eso los dejaba y yo decía: –No, me están diciendo esto, me están diciendo aquello, son alucinaciones auditivas y otros con ideas delirantes como este que decía que era el padre eterno. Otro se ponía a esperar a mi abuelo para acusar a las hermanas que estaban en esa época: –Doctor, me están matando, me pusieron a traer unas cajas y cuando venía y corría con la caja yo me hundi hasta las rodillas–. ¿Ve? cosas (pausa corta) delirantes y así había muchos. Me acuerdo que cuando el abuelo mío llegaba aquí había una reja y cuando él llegaba ¡tum! –un campanazo– para que ya le tuvieran preparado todos las historias, los pacientes que iba a ver.*

**M:** Quisiera preguntarle sobre la situación del enfermo con respecto a cómo lo veía su familia, la comunidad, cómo lo veía la sociedad.

**H:** *Ahorita.*

**M:** Ah no, no, en esa época. Estamos hablando de mil novecientos a principio de este siglo.

**H:** *Bueno, todavía era un mito, todavía había mucho atraso porque la gente en esa época todavía creía en maleficios y en esas cosas. Siempre pensaba que el paciente estaba enfermo porque le había hecho un mal y que por el hospital no lo iba a curar ningún médico, que eso lo tenía que ir a ver era el brujo y se lo... entonces había un brujo aquí en Los Puertos –que se hizo muy famoso– lo llamaban el Brujo de los Puertos que... que cada... de cada rato se los estaban llevando a él y a todos... a todo el que les decían: –Mira, allá por tal parte hay un brujo.*

**M:** Este... doctor, estábamos hablando de cómo era visto socialmente el enfermo, cómo veía la comunidad al enfermo mental a principio del siglo pasado acá y también cómo era visto por su familia.

**H:** *Sí, todavía eso era un problema, eso no había mejorado en esa época. La... las familias escondían muchas veces al paciente, no dejaban que los vieran y cuando... y cuando los hospitalizaban una gran parte de personas, de familiares no lo visitaba, lo dejaban y desaparecían. Por eso fue... como te dije, en esa época hubo esa cantidad de enfermos aquí que no había ni los medicamentos suficientes para tratarlos y ¡claro! cuando el paciente estaba enfermo y estaba sin tratamiento quedaba al final... el caso se hacía más grave. Entonces ¡claro! el paciente no tratado tiene que enfermarse más.*

*A veces los pacientes se **fugaban** ¿verdad?, muy frecuente que se fugaran porque no había el... el suficiente (pausa corta) número de personas, de enfermeros que estuvieran pendientes de ellos y aquí tenían el técnico de guardia... tenía que atender todo lo que presentara el paciente. No como ahora. En esa época si llegaba una mujer embarazada a hospitalizar el médico de guardia del Hospital Psiquiátrico era el que atendía el parto, si había ido o había alguna cosa el médico de aquí —el psiquiatra— era el que tenía que estar pendiente de chequear las heridas, de coserlas, de hacer todo.*

**M:** Otra pregunta, eh... ¿Había alguna diferencia entre aquellos enfermos que eran procedentes de familias ricas de aquellos enfermos que eran procedentes de familias de bajos recursos cuando ingresaban acá al nuevo hospital psiquiátrico que estaba surgiendo a principios del siglo pasado? ¿Ingresaban todo el mundo independientemente de su condición económica o... o social?

**H:** *No. Aquí ingresaba todo el mundo, no había ninguna discriminación y acá todavía era más que todo de parte de los mismos familiares que el que tenía mejor situación económica lo podía sacar fuera de Maracaibo, del país; lo sacaban, pero del resto aquí había, incluso, hubo una vez... allá posteriormente —sobre todo en esa época— una... una sección para pacientes pagando. Gente que tenía mayores recursos y hospitalizaba a sus pacientes y le daba una cantidad al hospital, pero claro, eso fue un poquito después, pero en esa época metían a cualquiera.*

**M:** Y, podía sufrir de esa enfermedad cualquier persona independientemente si fuese rico, pobre o tuviese en ese momento, podía sufrir de la locura cualquier persona siendo de persona adinerada o teniendo o no teniendo recursos.

**H:** *¿Que si se enfermaba?*

**M:** Sí. Es decir, la condición social ¿no repercutía en la enfermedad?

**H:** *Sí, cómo no... por lo menos, los de... los de menos recursos eh... este... se... se agravaban más que los... que los de mejores recursos porque muchas veces los de mejores recursos podían conseguir medicamentos en el exterior –por fuera– posibilidades que le daba su situación económica, entonces había pacientes que eran mejor tratados... que unos recibían unos medicamentos, pero no es porque el hospital prefería unos que otros, sino porque los familiares de pacientes con... con mala... con buena situación económica pues tenían más facilidades para conseguir un medicamento. Los compraban, los traían.*

**M:** Sí, pero la condición económica no era determinante para que se enfermaran o no. ¿Se enfermaban tanto ricos como pobres?

**H:** *Igual, tanto ricos más los pobres, más la gente mal alimentada...*

**M:** ¿Por qué pensaba usted que se enfermaban más los pobres en ese sentido?

**H:** *Bueno, porque se alimentaban menos, se alimentaban peor, no... no... no se alimentaban como se alimentaba un rico. El rico... los familiares les traían sus buenos alimentos, les traían comida, le traían todo porque eso se permitía que le trajeran de la calle porque el hospital no se podía dar abasto para dar alimentación a todos los pacientes, eran muchos, pero el que es de buena situación económica, bueno, le compraban –cosa que todavía se hace en muchos hospitales– no, yo no quiero la comida de este hospital, no me gusta, tráiganme otra. Bueno, así hacían, claro y la situación económica de un paciente que no se alimentaba bien, que andaba sucio, que andaba... a la larga, el sistema nervioso se va afectando y tenía más posibilidades de ser un enfermo mental una persona de pocos recursos que uno de más. Por supuesto, había otras donde no varía nada, pero muchas donde la situación económica influía y todavía*



*influye. Pacientes que andan solos por ahí, que recogen, no se alimentan, que andan por las calles, abandonados por sus familiares; esa gente se enferma más.*

*En el temor, la gente no quería... que era como una maldición, no sé qué cosa, que otras familias se dieran cuenta de que yo (énfasis) tenía un enfermo mental en la familia, entonces los escondían, los tenían por otro lado, no querían que los vieran, en general muy pocos casos, había unos que otros pacientes que los familiares se... los atendían porque yo recuerdo todavía –cuando yo era residente aquí– que había familiares, había un señor, no recuerdo ahorita el nombre, que todos los días... tenía dos hijos hospitalizados y él todos los días venía a traerles comida y los sacaba a pasear (énfasis). pedía permiso para que los sacara y él... este... a uno más que otros, el que era más tranquilo, todos los días ese señor venía a visitarlos, ya sabían –los enfermeros– que a esta hora había que traerle... los llevaba, salía, paseaba, para dónde los llevaba no sé, a lo mejor para su misma casa para que viera al resto de su familia, de sus hermanos y ese señor tooodos los días yo lo veía... yo me daba cuenta porque estaba de guardia y en la tarde venía llegando, como a las cinco, algo así, llegaba y salía con su hijo, el paciente era tranquilo, no tenía ya... no tenía... secuelas, pero sí había muchos enfermos antes, mucha peste, mucha sífilis.*

**M:** Bueno, es todo. ¡Muchísimas gracias!

## CUESTIONARIO AL DR. ELIGIO NUCETTE

### 1.- RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

*La relación médico-paciente es una relación privilegiada de ineludible intención terapéutica. Se establece entre dos personas que se perciben mutuamente como una que necesita ayuda y otra que está en condiciones y disposición de darla. A pesar del avance tecnológico, la subjetividad de la relación médico-paciente seguirá caracterizando el contacto entre el médico y el enfermo. A pesar, también, de la importancia actual y creciente del “equipo de salud” (otros profesionales comprometidos y evidentemente necesarios, en los servicios de salud), en los cuales el médico continúa, seguramente por razones psico-sociales, conservando el liderazgo.*

*Las fallas en la relación médico-paciente, especialmente las que se refieren a la preparación del médico para presentar alternativas reales de solución a los problemas que plantea el paciente y su disposición, que traduzca el compromiso emocional y la seguridad de que sus dificultades son adecuadamente atendidas, pueden convertir esta relación en anti-terapéutica. En estos casos se habla de iatrogenia de la comunicación.*

*El papel terapéutico de la relación médico-paciente, depende, recalcamos, del dominio por parte del médico de técnicas adecuadas de atención a los problemas que plantea el paciente: la honestidad en la relación, la noción de los límites de atención, la adecuada referencia a otros niveles de atención, el compromiso afectivo que se establece con el paciente, son elementos imprescindibles; además de la actitud de solidaridad con el otro, con el paciente (alteridad). A eso se refiere la dinámica transferencial y contratransferencial que se establece en esta relación terapéutica.*

### 2.- TRATAMIENTOS.

*Es evidente que en los últimos años, desde el advenimiento de los psicofármacos, y progresivamente la investigación neurocientífica que origina una amplia oferta de tratamientos psicofarmacológicos, de indiscutible eficacia y cada vez menos efectos adversos, ha revolucionado el tratamiento de las enfermedades mentales.*

*Sin embargo, aún en los trastornos de comprobada etiología orgánica, una buena práctica psiquiátrica debe estar siempre fundada en la psicoterapia, individual y familiar. Como leí hace muchos años: la psicoterapia siempre es necesaria aunque no siempre sea suficiente.*

### 3.- TERAPIAS ALTERNATIVAS.

*Entiendo por tales las siguientes: a) las que llevan a lograr hábitos de alimentación adecuados, establecimiento de horarios, preferencia de carnes blancas y pescado, frutas frescas y jugos naturales; que descarte productos sintéticos, enlatados, gaseosas, excesivos condimentos, para citar algunas cosas; b) las que llevan al desarrollo de hábitos de vida saludables: no fumar, limitada ingestión de bebidas alcohólicas, práctica diaria de actividad física suficiente y adecuada a las condiciones actuales, para mantener una vida activa (yoga, caminatas, natación, ejercicios de relajación, bailoterapia), regularidad de actividades de distracción y esparcimiento (bailoterapia, ludoterapia, grupos); c) las que recomiendan el uso de algunos remedios populares o caseros de reconocida eficacia (tilo, manzanilla, lechuga).*

*Una psicoterapia re-educativa deberá tener en cuenta estos aspectos, que tienen gran posibilidad preventiva en salud mental. Por lo demás estos aspectos ligados estrechamente al tratamiento, son “alternativas racionales” al tratamiento psiquiátrico, que en todo caso ayudan al éxito de otros tratamientos.*

### 4.- ATENCIÓN PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIVADA.

*La salud (incluyendo desde luego, la salud mental) es uno de los derechos fundamentales de la humanidad. En nuestro país, es un derecho constitucional.*

*La comunidad tiene derecho a disfrutar de servicios preventivos y asistenciales de salud mental de calidad y gratuitos y el Estado debe garantizar la obtención de esos servicios. Esto no supone que no existan servicios privados con igual finalidad. El Estado debe velar por la calidad de ambos y muy especialmente de los servicios públicos, cuya población tributaria es la más necesitada de ayuda. Las agrupaciones científicas y*

*gremiales de los profesionales de la Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos, Sociólogos, Antropólogos, Trabajadores Sociales, Orientadores, etc.) deben dirigir sus mayores esfuerzos y exigencias para ejercer presión a los organismos competentes en el cumplimiento de este derecho humano; lamentablemente, no lo hacen.*

*A pesar de los evidentes avances que se han realizado en el país en los últimos años, en pro de la masificación de la atención primaria en salud, se ha hecho poco en relación a Salud Mental. En nuestra región el sistema de atención pública en Salud Mental es anacrónico y cronificante.*

## 5.- FORMAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN Y FORMAS ALTERNATIVAS.

*El Hospital Psiquiátrico no es la única forma institucional de atención en Salud Mental, menos el Hospital Psiquiátrico tradicional que ha demostrado desde hace mucho tiempo su ineficacia para reintegrar a la comunidad a la persona que necesita hospitalizarse.*

*Fundamentar la atención en Salud Mental en el Hospital Psiquiátrico tradicional y en Colonias Psiquiátricas para crónicos, es negarse a la posibilidad de la prevención y de la rehabilitación. Lamentablemente eso sucede en nuestro medio y por eso dije antes que es un sistema anacrónico y cronificante.*

*Hay otras formas alternativas que también son conocidas desde hace mucho tiempo: los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales (considerado como la más reciente revolución psiquiátrica), los sistemas de hospitalización parcial (Hospital-día, Hospital-noche), la oferta masiva de Consultorios Externos atendidos por equipos completos de profesionales de la Salud Mental, en Hospitales Generales, Hospitales Especializados (de Niños y Adolescentes, Geriátricos), Centros Asistenciales Ambulatorios de atención primaria (Barrio Adentro), Centros de Higiene Mental Escolar, etc.*

*Debe enfatizarse que los servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales deben ser completos, atendidos por el equipo profesional indispensable, y ofrecer posibilidad de hospitalización (20% de las camas del Hospital, como lo señalan los organismos internacionales de salud), consulta externa y emergencia.*

*Una de las alternativas que se ha planteado para los Hospitales Psiquiátricos tradicionales, como el nuestro, es transformarlo en un centro para la atención de enfermos agudos, con énfasis especial en la docencia y la investigación.*

## 6.- PSIQUIATRÍA COMO CIENCIA.

*La Psiquiatría es una especialidad de la Medicina. Es una de las pocas especialidades de la Medicina cuyo concepto etimológico alude al tratamiento (creo recordar que las otras son la Pediatría y la Geriatria).*

*La Psiquiatría es la parte de la Medicina que se encarga del tratamiento de las enfermedades mentales. Evidentemente, para tratar una enfermedad mental deben conocerse no únicamente las nosotaxias y los criterios diagnósticos, y las diversas y más adecuadas formas de tratamiento. Es imprescindible el conocimiento del funcionamiento normal de la mente, esto es, debe conocerse muy bien la Psicología. Sin esos conocimientos fundamentales no puede entenderse la Psicopatología, la Clínica y la Terapéutica Psiquiátrica.*

*La Psiquiatría es una ciencia. Como tal tiene un objeto de estudio (la conducta), diferentes métodos de estudio e investigación de probada solvencia y la posibilidad de expresar y comparar los resultados. La Psiquiatría es una ciencia muy especial: estudia y trata lo más importante del ser humano: su mente, su comportamiento, como tal forma parte tanto de las Neurociencias, dada la importancia del Sistema Nervioso en el comportamiento, como de las Ciencias Sociales, dada la importancia de la sociedad en la asunción de roles y conductas.*

## 7.- NUEVOS CAMPOS DE ACCIÓN (ESCUELAS, FÁBRICAS).

*Si se desea realizar una verdadera Medicina (una Psiquiatría) Preventiva, deben atenderse estos campos de acción. La Psiquiatría debe salir de los muros de los Hospitales Psiquiátricos para entrar en esos ámbitos. En nuestro medio y en muchas partes del mundo, especialmente del mundo no desarrollado, lamentablemente no lo ha hecho, y lo que es más grave, no se perciben planes para hacerlo a corto plazo.*

*Para referirme únicamente a la escuela y a la fábrica, son dos aspectos fundamentales en la salud mental. En la escuela la Psiquiatría debe contribuir junto con otras disciplinas de la salud mental a atender los factores individuales, familiares y comunitarios, que afectan el proceso de enseñanza, en un momento en el cual las posibilidades preventivas son enormes. Y en el ambiente laboral, para conocer las condiciones individuales y ambientales, que permitan que el trabajo constituya la actividad humana de autorrealización que debe ser.*

## 8.-NUEVOS ACTORES SOCIALES (NIÑOS, MUJERES EMBARAZADAS).

*Ni tan nuevos. Siempre los niños y las mujeres embarazadas han sido actores sociales de primer orden. Ciertamente, sin planes específicos de atención o mal atendidos.*

*Alguna vez, ya hace mucho tiempo, dije que si queremos hacer auténtica labor de prevención de muchos problemas psicológicos que afectan la niñez y la adolescencia, deberíamos asegurarnos de lograr una atención prenatal a todas las mujeres embarazadas, asistencia obstétrica en condiciones ideales, programas de vacunación contra enfermedades (muchas de las cuales dejan secuelas neurológicas y mentales), y programas de recreación dirigida y de práctica deportiva masiva y sistemática.*

*Recuerdo que, a solicitud de quien me interrogaba, escogí dos programas concretos: asistencia obstétrica al 100% de las mujeres embarazadas y ayuda masiva a las Pequeñas Ligas. Pudiera pensarse que estos programas están fuera del alcance de la Psiquiatría institucional. Es cierto, son programas que están al alcance de decisiones políticas, que los Psiquiatras y nuestras asociaciones científicas y gremiales debemos aupar.*

## 9.- PATOLOGÍAS POSIBLES.

*Pienso que los problemas posibles están relacionados con la forma de vida de nuestra sociedad actual: capitalista no industrializada. Algunas de esas patologías posibles son los diferentes tipos de adicción a alcohol y otras drogas, ludopatía, trastornos de la sexualidad (tanto de la respuesta como de la identificación), las diferentes manifestaciones de la*

*conducta violenta (genérica, familiar, social, escolar), trastornos relacionados con el uso del internet (adicción, sexualidad, conductas violentas). Sin embargo, la comorbilidad ansiedad-depresión seguirá siendo una de las primeras causas de consulta.*

#### 10.- PAPEL DE LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS (BIG PHARMA).

*Los consorcios farmacéuticos tratarán de capitalizar las actividades docentes y científicas para promocionar sus productos. Ya lo hacen.*

*Hay que admitir que, a nivel mundial, gran parte de la investigación psicofarmacológica la realizan estos grandes laboratorios. Pienso que las instituciones de investigación y docencia, especialmente a nivel del postgrado, deben lograr alianzas honestas con estos laboratorios, para acceder al indudable beneficio de las nuevas drogas sin sacrificios éticos de ningún tipo.*

*Por su parte, el Estado debe proveer suficientes medicamentos a precios accesibles, mediante amplios programas de seguridad social, entre los cuales la producción de estos medicamentos (genéricos) tiene un papel relevante. No olvidemos que la salud es un derecho constitucional y su logro está, por lo tanto, por encima de cualquier otra consideración formal.*

